Trabajo Final de Grado: Monografía

Parálisis del sueño: desenmascarando el fantasma, exploración holística y psicológica



Autor: Francisco Roballo Ros - C.I: 4.892.766-0

Tutor: Sylvia Montañez Fierro - Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología

Docente revisor: Virginia Masse Fagundez - Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología

Montevideo, 15 de mayo del 2016

Índice:

Resumen:

La actual producción, explora el trastorno denominado como parálisis del sueño, en su diagnóstico diferencial, determinando su relación tanto con el sueño como con la vigilia. Para ello se toma la interdisciplinariedad como base para estudiar procesos fisiológicos y psicológicos, como el sueño, sus fases y el análisis de su contenido. El análisis incluye la antropología y el desarrollo histórico de las teorías asociadas, que se utilizarán para distinguir los síntomas como la parálisis corporal y las alucinaciones, de sus relaciones con creencias místicas y paranormales.

El marco teórico, desarrolla de forma general, estudios cuantitativos y cualitativos realizados hasta la fecha, que exponen las características principales, los factores asociados y el trasfondo cultural del trastorno. Por otro lado, se exploran y analizan los posibles tratamientos propuestos desde las neurociencias y diferentes ramas de la psicología como la cognitiva conductual y el psicoanálisis.

El trabajo culmina con las correspondientes conclusiones y consideraciones, desprendidas del cuerpo del trabajo. Se proponen como parte de las bases para una futura investigación relacionada con la parálisis del sueño en Uruguay.

Palabras clave: *Parálisis del sueño, cultura, experiencias anómalas, abordaje psicológico*.

Introducción:

La parálisis del sueño o PS (por sus siglas) es un trastorno caracterizado por un estado consciente de inmovilidad involuntaria, causado por parálisis muscular e imposibilidad de reaccionar, que puede durar desde algunos segundos a varios minutos. Esta acompañado de alteraciones perceptivas y sensoriales, alucinaciones y un gran sentimiento de angustia (Hishikawa, 1976). En el DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1994), se encuentra categorizado como un trastorno primario del sueño, por no tener como etiología otra enfermedad mental, sustancias o enfermedad médica, sino que surge como consecuencia de alteraciones endógenas en los mecanismos del ciclo sueño-vigilia, agravadas por factores de condicionamiento. Dentro de este grupo, se ubican también las disomnias, caracterizadas por la alteración de la cantidad y calidad del sueño; y por otro lado, las parasomnias, grupo al que pertenece la PS, por ser un trastorno relacionado con alteraciones y acontecimientos anormales del sueño, en las etapas de transición sueño-vigilia.

El trastorno denominado, despierta el interés, al producirse en la intersección entre el sueño y la vigilia. La poca información sobre el mismo y las alucinaciones asociadas,

dejan un estigma de confusión en el padeciente, respecto a lo que en realidad sucede. Mediante la investigación se buscará analizar la naturaleza del trastorno y su vínculo tanto con el sueño como con la vigilia, desde una perspectiva psicológica, teniendo en cuenta la evolución antropológica de las teorías que rodean al fenómeno.

Su prevalencia varía entre el 5 y 60 % de la población en general según diferentes investigaciones, este dato es muy difícil de determinar ya que la delimitación del fenómeno se encuentra ligada con la cultura de cada sociedad. Dada la reciente investigación científica, hasta el día de hoy se implementan denominaciones coloquiales, atribuyendo en muchas ocasiones un sentido mágico y/o místico, a su desarrollo. "En un estudio realizado en Japón se comprobó que si se denominaba como "parálisis transitoria" se detectaba un 26,4% y si se recurría al término popular *kanashibar*[1]*i*, la cifra ascendía a un 39%"[2] (Fukuda, 1993). La parálisis puede darse en la fase de adormecimiento, denominándose hipnagógica o predormital; o al despertar, hipnopómpica o postdormital.

Objetivos generales:

1) Describir la PS como trastorno de forma clara y precisa.
2) Realizar una revisión exhaustiva del material disponible acerca de la PS como trastorno y aportar las bases para una investigación enfocada en este territorio.
3) Comprender el funcionamiento de los procesos fisiológicos y psicológicos implicados en el desarrollo del trastorno.

Objetivos específicos:

1) Explorar el campo teórico existente respecto a las alucinaciones que se desarrollan durante la parálisis, para evaluar posteriormente la existencia de una reciprocidad entre la imaginería y el terror.
2) Contribuir al esclarecimiento del fenómeno, teniendo en cuenta los aspectos fantásticos ligados en cada cultura, pero despejando cualquier connotación de origen místico en la concepción científica y psicológica del fenómeno.
3) Abordar el trastorno desde todas sus aristas: etiología, prevalencia, factores de riesgo asociados e impacto psíquico. Así como los tratamientos planteados hasta el momento.
4) Especificar qué ramas de la psicología han abordado el trastorno y de qué forma.
5) Integrar el marco investigado en conclusiones y posibles hipótesis.

Método

Dado el carácter exploratorio del trabajo, la búsqueda bibliográfica varió en torno a los distintos temas tratados. La recolección de datos, comenzó en el año 2015. La

[1] Denominación coloquial japonesa para la parálisis del sueño, significa: atado o sujeto con metal.
[2] Traducción personal.

bibliografía acerca de la fisiología del sueño generalmente fue accesible, en formato papiro y en la biblioteca de la Facultad de Psicología UDELAR (Universidad de la República Oriental del Uruguay) y en distintas bibliotecas nacionales e internacionales.

Bibliografía de carácter científico sobre la PS, como artículos o investigaciones (cualitativas y cuantitativas), fueron buscadas en la web, dada la inexistencia de material disponible en formato libro en el Uruguay y países aledaños. Los portales utilizados para la búsqueda fueron Google Académico, Timbó y Wiley Online Libreary, entre otros. Además, las palabras claves más utilizadas para la búsqueda fueron “parálisis del sueño” y en mayor frecuencia su análoga al inglés “Sleep paralysis”, acompañadas de “tratamiento”, “tratment”, “psychology”, “cultural”, “dreams” y “hallucinations”.

Dado que la mayoría de las publicaciones sobre este trastorno pertenecen a países de lengua inglesa y francesa, no habiendo versiones traducidas al español, fue necesario el uso exhaustivo de traductores web y diccionario inglés-español. Se utilizaron con el fin de corroborar y verificar de forma rigurosa, la lectura realizada en dichos idiomas, para no dar lugar a errores personales de interpretación, que deriven en errores de carácter conceptual.

Es necesario aclarar, que se intenta acceder a todo el material disponible en español y especialmente de origen sudamericano, pero dado la existencia escasa, no específica o nula, es necesaria la búsqueda de otras fuentes en su mayoría europeas, norteamericanas o japonesas, que refieren a la PS en su diagnóstico diferencial. Esta característica, reafirma el carácter exploratorio del trabajo.

Marco teórico:

Según Buela-Casal (1990), la mayoría de las patologías del sueño muestran una gran interacción entre factores psicológicos y orgánicos. Los problemas psicológicos se transforman en trastornos del sueño al afectar el equilibrio neuronal y fisiológico, así como también, los problemas orgánicos del sueño afectan la salud psicológica al modificar el estado de ánimo y la conducta durante la vigilia. La magnitud de la relación es tal, que a pesar que la causa del trastorno sea estrictamente orgánica, tanto el condicionamiento como los factores de aprendizaje posteriores, influyen directamente en la forma que tomará en el sujeto. El autor reafirma la necesidad de un abordaje integral exponiendo que “…la evaluación y el tratamiento de los trastornos del sueño requieren una comprensión y un control de las variables orgánicas, psicológicas y conductuales” (Buela-Casal, 1990, p.p 423).

1. El sueño

1a. Fases y características generales

La PS se desarrolla en la transición del sueño y la vigilia; más precisamente entre la fase Rem del sueño y la vigilia, por lo que para comprender este trastorno, es imprescindible entender uno de los terrenos implicados: el sueño y las producciones oníricas. El sueño es un proceso biológico activo y con función universal del cerebro. Se define por características comportamentales (desactivación motora parcial, hipotonía) y fisiológicas (variación en la actividad eléctrica cerebral). En 1929, Hans Berger, descubrió a través del electroencefalograma (EEG), los 4 ritmos biológicos del cerebro, medidos en frecuencias: 1) ritmo alfa (8 - 13 Hz) presente en algunas actividades pasivas de la vigilia y con ojos cerrados, 2) ritmo Betha (más de 13 Hz) presente en la vigilia activa, 3) ondas Theta (4 - 7,5 Hz) y 4) ondas Delta (igual o menos de 3,5 Hz), siendo estas dos últimas, características del proceso de dormir. Posteriormente en 1937, Loomis y Cols realizaron la primera clasificación de las fases del sueño. Observaron cambios en la actividad eléctrica cerebral durante el sueño y el incremento de la proporción de ondas lentas a medida que éste se volvía más profundo.

¿A qué nos referimos con profundidad del sueño? En 1968, siguiendo la línea de las investigaciones mencionadas anteriormente, Rechtschaffen y Kales mediante el registro de las señales biológicas fundamentales, captadas a través del electroencefalograma (EEG), la electromiografía (EMG, técnica para la evaluación y registro de la actividad eléctrica producida por los músculos esqueléticos), y el electrooculograma (EOG, registro eléctrico de la actividad muscular de los ojos); establecieron los criterios para el estudio de los cambios eléctricos que se producen en el cerebro durante el sueño.

Dichos criterios son utilizados hasta el día de hoy y en base a los mismos se establecieron las distintas fases del sueño. En primera instancia, podemos diferenciar dos etapas con características fundamentalmente distintas. El sueño REM (Rapid Eye Movemet) o por sus siglas en español MOR (Movimiento Ocular Rápido), es distinguido por presentar una actividad eléctrica similar a la vigilia, y a su vez, es la etapa donde se desarrollan los sueños más lúcidos. El sueño N-REM (Non Rapid Eye Movement) o por su análogo en español NMOR, se divide en 4 fases, en las cuales, las ondas cerebrales se van haciendo más lentas, el cuerpo está cada vez más relajado y se logra consolidar el sueño reparador.

Las fases del sueño se alternan de forma cíclica de 90 a 100 minutos, veamos de forma detallada cómo se da este proceso y los aspectos destacados de cada fase.

1) N-REM, fase 1: es un sueño ligero, donde aún hay percepción de estímulos exteriores e interiores y la actividad muscular baja. Es un estado de somnolencia que dura aproximadamente 10 minutos, ocupando un 10% del tiempo del ciclo mencionado y donde el sueño es poco reparador.

2) N-REM, fase 2: se produce un bloqueo de las vías de acceso sensoriales, por parte del Sistema Nervioso y se detienen los movimientos de los ojos. Baja el tono muscular, el ritmo cardíaco así como también el respiratorio, produciendo una desconexión con el entorno. Las ondas cerebrales son más lentas y se producen estallidos de ondas agudas (complejos K) de forma intercalada para que el cerebro calibre su actividad. Es una manera de corroborar que a pesar que el cuerpo está desconectado del entorno, el cerebro aún ejerce control sobre el funcionamiento del mismo, esto a su vez, ayuda a dificultar el despertar en el proceso de inhibición del cuerpo. Cuando despertamos en esta etapa, podemos tener la sensación de que nos caemos de sobre golpe o haber soñado que caemos, lo cual es producto de los complejos mencionados. Esta fase ocupa un 50% del tiempo del sueño.

3) N-REM, fase 3: es un sueño más profundo, de ondas Delta, el bloqueo sensorial es mayor, al punto de que si uno se despierta en esta fase se siente confundido de forma esporádica. Baja la tensión arterial y se incrementa la producción de la hormona del crecimiento. No se presentan sueños, como producciones oníricas, ni tampoco hay movimientos oculares.

4) N-REM, fase 4: Es el sueño más profundo, donde predomina la actividad de ondas Delta. Junto con la fase 3, son los períodos de sueño más reparador, y conforman un 20% del sueño, en conjunto.

5) Sueño REM: Es una fase en la que el cerebro se encuentra muy activo, desde el tronco cerebral se bloquean las neuronas motrices, produciéndose una atonía muscular que impide los movimientos de la persona. En esta etapa se presentan los sueños más lúcidos y con un hilo conductor, aunque este parezca incoherente. Los ojos presentan movimientos y la actividad cerebral se asimila a la de la vigilia. Sube el ritmo cardíaco y la presión arterial. Se pierde en parte la habilidad de controlar la temperatura, razón por la cual, la persona al despertar en esta fase, puede estar muy sudada o con mucho frío. Además en esta fase, cuando la persona despierta, recuerda el sueño.

Cada persona, experimenta 5 intervalos de sueño REM aproximadamente, por noche. La fase REM, será muy importante en nuestro trabajo porque es la fase donde se produce la PS y aunque el sujeto se encuentra consciente durante los episodios de PS, las alucinaciones parecen estar muy ligadas a las producciones oníricas. Podemos

esbozar a priori que la incapacidad de moverse durante la parálisis se debe al bloqueo sobre las neuronas motoras del tallo cerebral y que las alucinaciones pueden ser fruto de las producciones oníricas que pasan a proyectarse en la vigilia.

1b. Teorías del sueño y su función:

Suele sobreentenderse la razón por la cual dormimos, pero su cometido no es el mero descansar, sino que es una función mucho más compleja y es de sumo valor examinarla. Los seres vivos tenemos un ritmo biológico, de aproximadamente 24 horas. Este proceso es subyacente del reloj circadiano, un sistema ubicado en el hipotálamo, más precisamente en el núcleo supraquiasmático (NSQ), que regula el ritmo biológico influenciado por agentes externos sincronizantes, como la luz y la temperatura. La luz, es el principal agente modulador por la melatonina que sintetiza la glándula pineal. El ciclo sueño-vigilia es un proceso circadiano, mientras que el proceso de intervalo REM - NREM, es ultradiano, por estar subordinado cíclicamente al circadiano y por presentar una mayor frecuencia.

En cada cultura, la interpretación de los sueños ha estado cargada de un contenido mágico, influyendo de forma directa en la vida del hombre. Con la evolución del hombre, la tecnología y la forma en que se desenvuelve la vida cotidiana, ha evolucionado la interpretación de los sueños, así como también su estudio. Se ha pasando del análisis del contenido mágico independiente al soñador, a formas de análisis basadas en teorías científicas, enfocadas en el funcionamiento cerebral de cada individuo, que conciben el sueño como un proceso neurológico de origen filogenético y con un desarrollo ontogenético (Hobson, 1988).

A comienzos del siglo XX, teorías como las de Cleparede (1908) o Coriat (1912), asocian al sueño con la función reparadora frente al cansancio del cuerpo en estado de vigilia. Esta teoría es reforzada y modificada por Hess (1929) proponiendo al sueño como sistema homeostático que restituye el saldo negativo que se produce en el sistema nervioso cuando este intenta satisfacer todas las demandas del organismo en la vigilia.

El neurólogo Hughlings Jackson (1932), fue un adelantado para su época. Asoció al sueño con la memoria, siendo éste el encargado de borrar los recuerdos innecesarios y retener los más necesarios. Desde la perspectiva de la psicología conductista, Pavlov (1952), incluye a la corteza cerebral en sus teorías, concibiendo al sueño como una irradiación de inhibición en la corteza, donde permanecen excitadas, solo las correspondientes al sueño. Para Pavlov (1952), el sueño puede inducirse a través de una disminución de la estimulación, así como también con un exceso de la misma,

afirmaciones que desde un punto de vista homeostático, tienen validez hasta el día de hoy.

1c. Fases REM y NREM del sueño:

Respecto al sueño REM y NREM, a partir de su descubrimiento y separación en 1953 por Eugene Aserinsky y Nathaniel Kleitman, diversas teorías han intentado explicar sus funciones, asemejándose muchas de ellas y evolucionando linealmente hasta la actualidad. Desde el conductismo, exponentes como Pavlov (1952) o Ephron y Carrington (1966), hacen referencia al sueño NREM como período de reposo e inactividad necesaria de las neuronas corticales, mientras que el sueño REM es el encargado de interrumpir ese estado como parte de un sistema homeostático, ya que su prolongación puede ser peligrosa. Por su parte, Weiss (1966) expone que el sueño REM tiene como cometido reorganizar las pautas de estimulación del sistema nervioso central (SNC) que se desorganizan durante el sueño NREM.

Snyder (1966), teoriza sobre la etiología del sueño, el cual, se produce en gran cantidad en muchos mamíferos, con el fin de conservar energía y por otro lado mantenerse a salvo. Propone al sueño REM como un mecanismo despertador periódico con el fin de activar al animal en caso de ser acechado mientras duerme o al recibir cualquier otro estímulo externo. Por otro lado, Muzio y Dement (1966) quedaron impactados por la gran cantidad de sueño REM que había en mamíferos recién nacidos. Esto se debe a que para el desarrollo de la corteza cerebral, los mamíferos, al dormir tanto tiempo, requieren el estímulo del sueño REM para compensar el obtenido durante la vigilia, sin perder horas de sueño. Desde la perspectiva psicoanalítica, Hawkins (1966) expone que el ego tiene la necesidad de ser recatectado periódicamente, lo que sucede durante el sueño REM.

Más cerca en el tiempo, sobrevinieron muchas otras teorías que relacionan el sueño REM con la memoria y el aprendizaje. Comprendiendo el cerebro de una forma análoga a una computadora, tendría la función de desechar el contenido intrascendente del día anterior y dejar espacio para el día siguiente. A su vez, también consolidar algunos aprendizajes, que como denomina Breger (1967), son aprendizajes selectivos. Estudios como los de Gaarder (1966) o Hennevin y Leconte (1971) le dan al sueño REM la función de procesar y ordenar información y recuerdos. Dewan (1969), elabora su hipótesis de la programación, según la cual, durante el sueño se produce una reprogramación necesaria para las actividades de alto nivel asociativo y contenido emocional.

En resumen, las teorías han evolucionado, dándole al sueño (y especialmente a su fase REM), funciones ligadas a la memoria, la supervivencia, el aprendizaje, el descanso y la asociación en la corteza. Se considera una función fundamental del organismo, al ser parte de un proceso biológico que hoy conocemos como ritmo circadiano. Esto se logró gracias al avance de teorías reduccionistas pero fundadas, como la de Freemon (1970) quien explica la existencia de ambos tipos de sueño por la constante necesidad de vigilancia, el REM de ondas rápidas y el NREM de ondas lentas, que se van intercalando. También, Freud (1899) en su obra sobre la interpretación de los sueños, relaciona por primera vez a los sueños con vivencias emocionales, denominando al sueño como un espacio donde por medio del lenguaje simbólico se manifiesta el material inconsciente. Luego de Freud, Jung (1920) ya separado de las teorías de su maestro, propone bajo el paradigma energisista, una teoría donde los sueños revelan arquetipos compartidos. En base a las concepciones freudianas, donde el sueño es un medio para descargar los impulsos instintivos, Fischer (1965), replica diciendo que análogamente, el niño a través de este mecanismo, descarga impulsos fisiológicos. A su vez, autores como Spitz (1970), se encargan del sueño NREM, describiéndolo como un mecanismo de “conservación - retiro” en los bebés y por lo tanto una posible base psíquica de defensa para el futuro. Se obtuvieron los resultados de experimentos que demostraban los largos periodos de sueño NREM en bebés que pasaban por situaciones de estrés.

1d. Sueño REM o paradójico, teorías contemporáneas:

El sueño REM es también llamado sueño paradójico, dado que a pesar de que el durmiente registra un tono muscular nulo, presenta una alta actividad óculo motora y cortical, además de fluctuaciones en el ritmo cardio- respiratorio, presión arterial y erecciones peniles. Se inicia en los centros reticulares mesencefálicos y protuberanciales del tallo cerebral. Es en base a este criterio, que Hartmann (1977) denomina al sueño REM como desincronizado y al NREM como sincronizado.

Luego del descubrimiento del sueño REM y su descripción fisiológica, han sobrevenido en la actualidad, explicaciones sobre su relación con el sueño como fenómeno psicológico. Por un lado, Foulkes (1990) desde el funcionalismo cognitivo, expone que no se puede explicar dicha relación porque explicar los sueños desde una perspectiva fisiológica sería caer en reduccionismos. Igualmente, Hobson y McCarley (1997) proponen el modelo de activación - síntesis, según el cual, la activación del tallo cerebral, llega a la corteza como información desordenada que luego es sintetizada dando como resultado las extrañas experiencias del sueño.

En oposición, John Antrobus (1990) propone el modelo Across States Connectionist Model of Imagery and Thought (ASCIT), en el cual los sueños se originan en la corteza, el área de mayor asociación y desde allí se orienta el movimiento reticular. Hay posiciones encontradas entre investigaciones fisiológicas y psicológicas en torno a los estados de conciencia cerebrales, Mahowald y Schenck (1992) demuestran puntos en común entre ambas posturas y sus lenguajes, al estudiar estados cerebrales de conciencia que no corresponden totalmente a la vigilia ni al sueño, tales como la PS, el sonambulismo o terrores nocturnos.

En resumen, en la actualidad podemos manejar cinco tipos de funciones fisiológicas y psicológicas del sueño REM, que lejos de ser excluyentes, son complementarias.

1) Descanso: Para las neuronas monoaminérgicas, con un metabolismo muy alto. El descanso permite que se recarguen los neurotransmisores mientras las neuronas sensorio-motoras se desinhiben y proveen un programa de mantenimiento activo de los circuitos cerebrales (Hobson, 1988).
2) Genética: El sueño REM según la teoría evolutiva, tiene un valor adaptativo, que permite la implementación y ensayo de patrones comportamentales. Jouvet (1967) lo demostró al lesionar, el mecanismo en el tallo cerebral en gatos, que se encarga de inhibir el movimiento muscular en el sueño REM. Durante dicha fase, los gatos tenían conductas estereotipadas de vigilia como exploración y acicalamiento.
3) Informativa: Como vimos en la literatura descrita anteriormente, durante el sueño REM se consolida la memoria y se desecha el material innecesario o de fijación débil durante el día anterior, mediante el debilitamiento de las sinapsis menos fuertes. Según las investigaciones, la retención es mucho mejor luego de períodos de sueño (Guzman, 1992).
4) Desarrollo de capacidad creativa, creaciones fantásticas, ideas y soluciones a problemas. Espejo de nuestro mundo interior. A su vez, es un modo de entrenamiento recreado imaginativamente (Hobson, 1988).
5) Desarrollo cognitivo: Foulkes (1991) propone un paralelismo entre el desarrollo de las habilidades visioespaciales del niño y la forma de las producciones oníricas.

1e. Delimitación REM - NREM en base al ritmo circadiano:

Hartmann (1977), también explica el ciclo dormida - ensoñación, como análogo al ciclo de actividad - reposo, siendo un ciclo básico del organismo en concomitancia con

otros, como el del pulso. Cada especie tiene una relación inversa entre el metabolismo basal y el ciclo dormida ensoñación. Los animales con menor índice metabólico basal como el elefante o el ser humano, tienen más períodos de sueño REM. Por otro lado, en el hombre, con el aumento de la edad, los períodos de vigilia son más prolongados, y los períodos de sueño REM se reducen significativamente. Los bebés duermen 16 horas, de las cuales 8, son sueño REM. Los adultos de 20 años, duermen 7 – 8 horas, ocupando el sueño REM una hora y media, entre esos dos períodos se provoca una gran disminución del sueño, que seguirá con la misma tendencia hasta la vejez pero de forma lenta y paulatina.

El sueño REM o también denominado como desincronizado (Hartmann, 1977), está conformado por componentes tónicos, como por ejemplo, bajón del potencial muscular y la actividad desincronizada del EEG. A su vez, también está conformado por eventos fásicos: movimientos rápidos de los ojos y contracciones de músculos pequeños, que están relacionados con eventos centrales, como la actividad de picos irrumpientes PGO (Pons, Geniculatum, Occipital Cortex). Estos picos son actividades eléctricas registradas durante el sueño REM, dándole comienzo al mismo, sin ningún estímulo externo. La densidad o cantidad de picos PGO por minuto, muestran la necesidad y presión de los mismos en los períodos de sueño REM. Luego de una privación de sueño REM, se muestra una gran concentración de los mismos. Respecto a los picos PGO, Hartmann (1977, p.p 73) señala:

> …cuando se impide que acompañen a los períodos D[3] mediante condicionamientos químicos o patológicos, entonces se producirán en otros momentos. Se ha sugerido luego que las alucinaciones esquizofrénicas podrían tener relación con la irrupción de picos PGO durante la vigilia.

Un sujeto privado de sueño por 3 o 4 días, el sujeto al dormir, duerme 12 -14 horas, teniendo grandes períodos de sueño NREM de ondas lentas, seguidos de un gran tiempo de sueño REM. Se demuestra que estas dos fases son las más necesitadas del cuerpo. Primero se recupera el sueño NREM, porque el sueño de onda lenta puede cumplir alguna función necesaria para las funciones y desarrollo del sueño REM.

2. Alucinaciones hipnopómpicas e hipnagógicas

Desde el siglo XX, la obra de Maury (1961) introdujo la conexión entre el sueño y las alucinaciones, demostrando cómo las producciones oníricas podían prolongarse en la vigilia en forma de alucinaciones.

[3] Sueño desincronizado (D), corresponde a sueño REM (Hatmann, 1977)

Durante la PS, podemos encontrar dos formas de alucinaciones, las mismas son descritas en forma general por Luque (2007). Las alucinaciones hipnagógicas, propuestas por Maury en 1848, son experiencias perceptuales vívidas y confusas que se producen al inicio del sueño. Con la ayuda de los estudios polisomnográficos se pudo determinar que se producen entre las fases 1 y 2 NMOR del sueño. Por otro lado, las alucinaciones hipnopómpicas, término acuñado por Myer en 1918, representan alucinaciones del mismo tipo que las hipnagógicas pero en la transición del sueño a la vigilia, teniendo una clara influencia de la etapa MOR del sueño.

Según Luque (2007), dichas alucinaciones, son características de trastornos como la narcolepsia o cuadros psicóticos, aunque también con frecuencia en pacientes sanos con problemas de ansiedad, intoxicación, depresión y derivados. Tienen mucho que ver con la PS y al presentarse también en sujetos sanos, se las ha denominado como alucinaciones fisiológicas. Las alucinaciones se presentan como imágenes y sonidos vívidos que toman formas muy complejas y realistas, que son impuestas como externas al sujeto, el cual es consciente o semi-consciente durante el transcurso de las mismas y análogamente al sueño, se ve directamente implicado. El contenido de las alucinaciones por lo general está conectado con las vivencias del día anterior.

3. Parálisis del sueño:

3a. Introducción y análisis histórico:

La PS consiste en un período de incapacidad para realizar movimientos voluntarios al inicio del sueño (forma hipnagógicas o predormital) o al despertar (hipnopómpico o post-dormital), ya sea durante la noche o por la mañana. Entre sus causas externas podemos encontrar: horario de sueño irregular, dormir en posición supina, aumento de la ansiedad (especialmente ansiedad social), uso excesivo de estimulantes, fatiga física, cambios significativos de la vida, medicamentos para el TDAH y galantamina, un suplemento para pacientes con Alzheimer (Hurd, 2010). Respecto a la fisiología del suceso Hurd (2010, p.p. 4), explica:

> La parálisis muscular se produce cuando nuestro cerebro se inunda con el neurotransmisor acetilcolina, que suprime el tono muscular en todos los principales grupos musculares que no son autonómicos (tales como el corazón, los intestinos y los pulmones). Sin embargo, muchos pierden el sueño por la PS, lo que contribuye al insomnio y en realidad aumenta las probabilidades de otro ataque.[4]

[4] Traducción personal.

El fenómeno en cuestión, está ligado de forma popular, a determinadas creencias místicas e irracionales. A lo largo de la historia, los ataques de PS se han identificado como experiencias en relatos coloquiales difiriendo según la cultura. Figuran en la literatura como ataques de íncubos, posesiones demoníacas, brujas que atacan; y más recientemente, abducciones extraterrestres (Baker, 1990). Por estas razones, es prioridad dentro del marco teórico, explorar y exponer de forma general, los estudios que hasta el momento enmarcan al fenómeno dentro de la ciencia, con explicaciones genéticas, etiológicas, psicológicas y neurológicas (entre otras). Cabe destacar, que la naturaleza del fenómeno, nos intima a comprenderlo y abordarlo desde la interdisciplinariedad.

Han sido muchos los autores que han descrito situaciones de PS en sus obras. Kompanje (2008) identifica la primera descripción en 1664, por el profesor de anatomía y medicina holandés, Van Isbrand Diemerbroeck, quien expuso el caso de una mujer titulando 'El diablo estaba sobre ella y la sujetó'. En su relato, al momento de dormir, la mujer de repente no podía moverse y sentía una gran presión en el pecho, junto con alucinaciones visuales y auditivas de demonios y espíritus que intentaban dañarla. El autor, recomienda a la paciente, cenar liviano, acostarse habiendo hecho la digestión y principalmente no dormir en posición supina (Van Diemerbroeck, 1689). Su concepción de la enfermedad y el tratamiento propuesto, se basan en la condensación de los vapores corporales y los flujos, como la sangre. Se debía cuidar la calidad del aire circundante, la dieta y la posición para su prevención, procederes y concepciones acordes con la época.

3b. Diagnóstico diferencial: PS aislada

Los estudios que abordan el fenómeno con metodologías científicas, son bastante contemporáneos (segunda mitad del siglo XX en adelante). Es así que recién en el año 2005, la Clasificación Internacional de Desórdenes del Sueño (International Classification of Sleep Disorders o ICSD), define la PS aislada como un trastorno con diagnóstico diferencial, dentro de las parasomnias. Hasta ese entonces había estado principalmente asociada, como síntoma de la narcolepsia, un trastorno del sueño caracterizado por la extrema y repentina somnolencia diurna, cataplejia (parálisis o debilidad extrema bilateral de un músculo o conjunto de músculos), alucinaciones hipnagógicas y/o hipnopómpicas y PS.

Al igual que en el DSM IV (año), la parálisis se caracteriza dentro de las parasomnias. Las parasomnias son trastornos clínicos caracterizados por fenómenos indeseables durante el sueño y el ciclo sueño - vigilia; y no así problemas o fallas específicas a nivel orgánico en los mecanismos que interfieren en dicho ciclo. Son en

general, manifestaciones de la activación del sistema nervioso central, cambios en el sistema nervioso autónomo y la actividad de los músculos esqueléticos.

Es importante entender, que a pesar de que la PS se produzca durante la transición del sueño y la vigilia, pertenece al subgrupo de los trastornos asociados con el sueño REM. Dichos trastornos son agrupados por tener en común mecanismos fisiopatológicos relacionados con el sueño REM. Dentro de este grupo se encuentran: las pesadillas, PS, sueños relacionados con alteraciones de las erecciones del pene y trastornos de comportamiento del sueño REM.

Según la clasificación de la ICSD (2005), la parálisis puede darse en tres formas, la primera es de forma aislada, en individuos sanos, presentándose generalmente al despertar. La segunda de forma familiar, transmitida genéticamente y con desarrollo pre-dormital; y por último, como síntoma dentro de la narcolepsia. En las dos últimas, la parálisis es más común durante el inicio del sueño. El curso de la enfermedad también varía respecto a su forma, se produce en casos aislados, donde su causa generalmente está ligada a factores de condicionamiento exógenos, mientras que en las formas familiares y vinculadas con la narcolepsia, los episodios tienden a cronificarse, dependiendo también de factores de condicionamiento externos.

Dentro de los factores predisponentes se encuentran generalmente una mala higiene del sueño, acompañada de malos hábitos del mismo, ocasionados por una situación estresante o que genera mucho cansancio. También el desfase horario y dormir en posición supina (boca arriba), son factores predisponentes según la clasificación mencionada. Los ataques de parálisis provocan un gran terror en el individuo ya que le es imposible reaccionar, moverse o gritar, lo cual no infiere ningún tipo de complicación a nivel fisiológico, al correr de unos minutos se recupera el estado normal. Igualmente, puede provocar ansiedad o depresión crónica, además de un malestar que puede influir en los hábitos de sueño y por ende de manera recíproca, cronificar los ataques.

A nivel patológico, no hay informes sobre una autopsia en sujetos que padecen dicho trastorno y la exploración neurológica en los mismos es normal, lo que argumenta en contra de una posible lesión significativa a nivel del sistema nervioso central. Una hipótesis planteada por la ICSD (2005), es que la causa de la PS puede ser un cambio microestructural o una disfunción neuroquímica en el mecanismo de control de la parálisis motora durante el sueño REM. En esta última fase del sueño es donde se producen los sueños más lúcidos lo que influye en la aparición de alucinaciones durante la parálisis, hecho que genera gran ansiedad en el individuo.

Según la ICSD (2005), la PS se produce de forma aislada, al menos una vez en la vida del 40% a 50% de los sujetos normales. Los casos crónicos son más raros, registrándose en un 3% a 6% de las personas. Por otro lado, los casos familiares son más raros aún, registrándose únicamente en unas pocas familias. Además un 17% a 40% de los sujetos que padecen de narcolepsia informaron haber experimentado la PS como uno de sus síntomas.

La edad más común donde aparecen por primera vez los sintomas, según la ICSD (2005), se sitúa en la adolescencia, aunque no se especifica el motivo. También puede registrarse su inicio en la infancia o en edades más adultas, siendo más extraño en la vejez. Respecto a la prevalencia del trastorno en un sexo u otro, dentro de los casos aislados no existe un predominio sexual, aunque en las formas familiares, las mujeres presentan el trastorno con más frecuencia que los hombres.

En el diagnóstico diferencial establecido para este trastorno, las formas familiares deben ser distinguidas, teniendo en cuenta que tienden a cronificarse en relación con las formas aisladas. Estas dos formas son fáciles de distinguir de la narcolepsia por la ausencia de la somnolencia diurna y porque la parálisis solamente se da en la transición sueño vigilia, a diferencia de la cataplejia (síntoma de la narcolepsia). La inmovilidad, junto con las alucinaciones, puede potenciar estados histéricos y psicóticos, como la disociación, que ya estaban presentes en el sujeto y deben ser distinguidos. Hay otros tipos de parálisis, como la hipopotasémica, que se asemeja a la PS, ya que se produce durante el reposo, generalmente al despertar. Se presenta con mayor frecuencia, en adolescentes varones y es producto del bajo nivel de potasio, por la ingesta de comidas con alto contenido de hidratos de carbono o alcohol, lo cual se debe tener en cuenta para establecer un diagnóstico. Por otro lado, en pacientes con Insuficiencia vertebrobasilar, puede haber caídas atónicas, pero las mismas se producen en la vigilia y en pacientes de avanzada edad.

Los criterios para el diagnóstico son los siguientes:

A- El paciente se queja de no poder mover el tronco o extremidades en el sueño, al dormirse o despertar.

B- Breves episodios de parálisis del músculo esquelético parcial o completa se encuentran presentes.

C- Los episodios pueden estar asociados con alucinaciones hipnagógicas o hipnopómpicas.

D- El monitoreo polisomnográfico muestra al menos una de las siguientes situaciones: 1- supresión del tono muscular, 2- un período de sueño REM de comienzo, o 3- sueño REM disociado.

E- Los síntomas no están relacionados con otros trastornos médicos o mentales (Por ejemplo, la histeria o parálisis hipopotasémica.

Los criterios mínimos para su diagnóstico son A, B y E. También se establecen criterios de gravedad y duración:

Gravedad: -Leve: menos de una vez al mes. -Moderado: más de una vez al mes pero menos que una vez a la semana. -Grave: al menos una vez por semana.

Duración: -Aguda: un mes o menos. -Subaguda: más de un mes pero menos de seis meses. -Crónica: 6 meses o más.

3c. Factores asociados y prevalencia

Las alucinaciones hipnopómpicas/hipnagógicas están asociadas con dormir en posición supina o como se lo llama en el lenguaje coloquial “boca arriba”. Respecto a este punto, el psiquiatra alemán Norbert Dehman (2002), realizó una encuesta a 128 individuos sanos en Alemania, de los cuales un 36,7% (47 personas), mencionaron haber presentado alucinaciones relacionadas con el sueño, aunque solamente un 2,3% (3 personas) los reconoció como PS. Como dato a destacar, un 57% (27 personas) de quienes reportaron experiencias alucinatorias, informaron que la postura había tenido un impacto y un 52% de ellos (14 personas), identificaron la posición supina como la responsable. Según el autor, estos datos son relevantes para el tratamiento y prevención de la PS (Dehman, 2002).

Wilson (1928) introdujo el término "PS" para denominar los ataques de impotencia que se daban al despertar, y hasta el día de hoy no se conoce su prevalencia exacta, la cual difiere en muchos estudios. Fukuda (1993), afirma que la manera en la cual se denomina a la experiencia, afecta la medición de la prevalencia, por su arraigo a denominaciones coloquiales que difieren según la cultura. Es así que los estudios sobre la prevalencia en determinadas poblaciones, arrojaron resultados variados, 4,7 a 16,3% en estudiantes de medicina en Estados Unidos (Penn, 1981), 40% en adultos y jóvenes japoneses (Fukuda, 1987), 37% en China (Wing, 1994), 41% en la población afroamericana (Campana, 1984) y 26% en Nigeria (Ohaeri, 1989). Por otro lado, los estudios con muestras representativas, arrojan resultados menores como 11,3% en los habitantes de Monterrey, México (Téllez-López, 1995).

La tasa de prevalencia varía por varias razones. Diferencias étnicas para dar cuenta de la disparidad, así como también, diferencias metodológicas entre los diversos estudios, como el tamaño limitado de la muestra y un marco de muestreo sesgado (Wing et al., 1994). El fenómeno se describe como "vieja bruja”'en Terranova, como “Kanashibari” en Japón; y como "fenómeno de opresión fantasma” en el Hong Kong Chino (Ness 1978; Fukuda et al 1987;. Wing et al., 1994)

En el año 2009, una investigación encabezada por el psiquiatra Alejandro Jiménez-Genchi, del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (México), tuvo por cometido evaluar la prevalencia y características de la PS en los jóvenes mexicanos, utilizando la expresión popular “se me subió el muerto”. Al igual que en otros estudios se parte de la separación entre la PS como síntoma de la narcolepsia y se investiga el fenómeno en su forma aislada. Se aplicó un cuestionario de auto-reporte a un total de 322 estudiantes, de los cuales 66,8% eran mujeres. El cuestionario incluía la denominación coloquial de la parálisis, así como también la escala de somnolencia de Epworth (ESS), un cuestionario utilizado para evaluar la percepción subjetiva de la somnolencia diurna (para distinguir casos de narcolepsia), entre otros.

En los resultados, se destaca que un 92,5% de los estudiantes habían oído hablar de la expresión “se me subió el muerto” y un 27,6% había experimentado el fenómeno. Un 72% de quienes lo habían experimentado, dijeron haber percibido no solo la parálisis, sino que también alucinaciones, un 20,2% solamente la parálisis y el 7,8% únicamente las alucinaciones. Por otro lado. Un 61% (de quienes lo experimentaron), expuso haber tenido 2 o más episodios en su vida, no habiendo diferencias en las características con quienes la experimentan en solo una ocasión. La edad de inicio fue 12,5 ± 3 años y las puntuaciones de somnolencia no demostraron variaciones significativas entre quienes lo habían experimentado y los que no.

Por consiguiente, los autores concluyen que los presentes resultados sugieren que la expresión "se me subió el muerto” es una experiencia común entre los adolescentes mexicanos, y que parece ser equivalente a la PS por sus características. También concluyen, en que durante la adolescencia, la PS, es un fenómeno recurrente con frecuencia acompañado de experiencias alucinatorias.

Las afirmaciones anteriores, también fueron confirmadas por el psiquiatra chino Wing Y. K. en 1994. Asociando el fenómeno denominado coloquialmente como “opresión fantasma” con la PS en China, se aplicó un cuestionario a 603 estudiantes universitarios a través del cual se obtuvo que un 37% de los encuestados había experimentado un ataque de opresión fantasma o PS a lo largo de su vida. Un 20% de los padecientes, mostraba

antecedentes familiares positivos, no habiendo diferencias en el sexo y la edad media de inicio se situó entre los 17-19 años de edad.

Basándose en el estudio anterior (Wing, 1994), en 1999, el mismo autor profundizó en el tema para evaluar la prevalencia de este fenómeno, en la población mayor de 70 años. En total, se entrevistaron 183 individuos que pasaron por diferentes filtros. Las preguntas fueron las siguientes: 1) ¿Alguna vez ha experimentado la opresión fantasma? 2) En caso de que si, ¿Hace cuánto tiempo tuvo usted el primer ataque? 3) ¿Ha tenido una experiencia de opresión fantasma en el último año? 4) ¿Cuántas veces ha tenido los ataques? 5) Seleccione los síntomas de la opresión fantasma, 6) Describa la sensación y las razones de los ataques; y 7) ¿Percibe antecedentes familiares?

Un 17,7% de los encuestados informó experiencias de opresión fantasmal, describiendo la imposibilidad de moverse y hablar como el síntoma más frecuente, acompañado de sensaciones terroríficas. Según Wing (1999): “La naturaleza transitoria y reversible de la parálisis en la noche mientras el sujeto se encuentra semidespierto, sirve para distinguir PS de otras afecciones paralíticas, tales como los accidentes cerebro-vasculares”.

La prevalencia es menor que en el estudio en la población joven, aunque hay que tener en cuenta que los sujetos de mayor edad son propensos de olvidar acontecimientos de su juventud, más aún, cuando se produjeron de forma aislada y/o esporádica. Cabe destacar que hubo un grupo de sujetos que se negaron a acceder a la entrevista, de los cuales, muchos expresaron preocupación por las influencias espirituales a la hora de hablar sobre la opresión fantasmal. Según Wing (1999), los ancianos que han experimentado la PS son más propensos a creer en posesiones fantasmas. También se debe tener en cuenta que un 86% de los sujetos eran analfabetos.

Al igual que en otros estudios, no hubo una predominancia sexual, el comienzo de los ataques se registró en la adolescencia y luego de los 60 años. La opresión en el pecho, fue el síntoma más característico en las personas que lo habían experimentado en la adolescencia. Por otro lado, un 10% de los sujetos informaron antecedentes familiares, no habiendo diferencias en frecuencia y cantidad con los sujetos que no lo informaron.

Los sujetos que presentaban trastornos del sueño, como dificultad para conciliar el sueño o despertares intermitentes, eran más propensos a presentar PS. Por lo tanto el aumento de ansiedad o excitación por la noche parecía estar asociado a la PS, lo que concuerda con la hipótesis de que la PS se produce durante un despertar inadecuado en la fase REM del sueño. Para Takeuchi (1992) la disociación REM – vigilia, tiene apoyo

empírico en los estudios polisomnográficos que muestran que el sujeto experimenta PS al despertar en el sueño REM.

En conclusión, el presente estudio, demuestra la aparición tardía de la PS (además de su típica etiología en la adolescencia), y a que las personas ancianas son más propensas a presentar trastornos del sueño como el insomnio, despertares intermitentes o apnea del sueño, entre otros. Por otro lado, los investigadores refuerzan la relación entre los problemas fisiológicos y los trastornos del sueño.

Los estudios acerca de la prevalencia de la PS han evolucionado en el tiempo, con la necesidad de unificar los datos obtenidos en múltiples investigaciones con muestras muy diferentes y metodologías diversas. Es así que en el año 2011, Brian A. Sharpless, del departamento de psicología de la universidad de Pensilvania (EE.UU.), elaboró un informe unificando los datos de 35 estudios, con una muestra total de 36.533 individuos.

Según la investigación, experimentan PS al menos una vez en su vida: el 7,6% de la población en general, 28,3% de los estudiantes y un 31,9% de los pacientes psiquiátricos. Un 34,6% de los pacientes psiquiátricos que presentan ataques de pánico también lo han experimentado. Se concluye entonces que la PS es bastante frecuente en la población y más aún en estudiantes y pacientes psiquiátricos. Su evaluación con mayor frecuencia, ayudará a determinar su impacto en el funcionamiento individual y en la elaboración de un tratamiento preventivo (Sharpless, 2011). Al referirse a pacientes psiquiátricos, incluye a quienes presentan trastornos leves que no tienen porqué desembocar en internaciones o medicalización excesiva, hasta las patologías más graves y crónicas.

3d. Investigación genética

En la literatura expuesta, se muestra evidente una carga familiar en la PS, por lo que es imperativo acudir a los avances científicos contemporáneos que puedan ayudarnos a reforzar esta teoría.

Hasta el momento, no han abundando investigaciones genéticas sobre la prevalencia y heredabilidad de la SP. En el año 2015, Dan Denis del departamento de psicología de la Universidad de Londres, en conjunto con colaboradores de universidades e institutos de psiquiatría y genética, realizó un estudio donde se busca determinar la prevalencia de dicho trastorno en el Reino Unido, así como los factores de riesgo asociados, la heredabilidad y las formas familiares, que se describen en estudios

anteriores. Además se busca explorar cómo se vincula la PS con determinados genes asociados al ritmo circadiano.

En base a un estudio de gemelos longitudinal realizado con anterioridad y denominado como G1219 (McAdams et al., 2013), luego de determinados filtros, se obtuvo una muestra de 862 individuos de entre 25 y 30 años. Entre la muestra, se encontraban gemelos monocigóticos, dicigóticos y hermanos normales, de los cuales el 66% eran mujeres. Se aplicaron diferentes cuestionarios, como el Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (ICSP) y el Cuestionario de humor y sentimientos (MFQ), entre otros, para evaluar la asociación recurrente en la literatura sobre la PS y distintos factores de riesgo. El estudio se realiza en gemelos porque al ser genéticamente iguales (monocigóticos) o de forma parcial (dicigóticos), es a través de los mismos que se puede evaluar la influencia genética y ambiental. Por último se investiga la asociación de la PS con 15 polimorfos de nucleótido único, concentrándose en los genes ya investigados con anterioridad en estudios como el del genoma del sueño (GWAS) o de variación genética de genes vinculados con la homeostasis del sueño y los ritmos circadianos (Parsons, 2013).

Entre los resultados, se obtuvo que un 29,7% de la muestra reportó haber experimentado al menos una vez en su vida un episodio de PS, a su vez, no se demostró una diferencia significativa en cuanto al sexo ni tampoco la edad. Las correlaciones tetracóricas gemelas para la PS, fueron significativamente más altas en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos, patrón que sugiere un claro componente hereditario.

Además, se demostró en concordancia con otras investigaciones, que los síntomas de ansiedad, la exposición a eventos traumáticos o amenazantes y la calidad del sueño en general, son factores predictores que se relacionan de forma independientes con la PS. El hábito de fumar y el consumo de cafeína no se asocian significativamente con la PS, los factores que si lo hacen, son el consumo de alcohol y el estado de ánimo depresivo. Son factores predisponentes y recíprocos, al presentarse también como consecuencia de la PS.

Por último, fue sobre la base de los resultados individuales, se marcó una tendencia a la heredabilidad, analizando el papel de los genes específicos. La variación del gen PER2, se asoció con la PS en dichos modelos dominantes. Dicho gen, es uno de varios genes "reloj" que regulan los ritmos circadianos, y actúan como reguladores del reloj molecular. Las variaciones de este gen en los seres humanos también se han relacionado con las diferencias en la preferencia diurna (Parsons et al., 2014).

El actual estudio cuenta con las limitaciones correspondientes de un estudio exploratorio, ya que cuando se aplicó una corrección Bonferroni, para el control de comparaciones múltiples, no pudo demostrarse lo señalado con anterioridad respecto al gen PER2. Se concluye que la PS, parece tener un componente genético importante, por lo que es necesario seguir explorando dicho terreno, para descifrar la implicación de determinados genes y obtener una mayor comprensión del fenómeno.

3e. Parálisis del sueño y depresión:

Un estudio dirigido por Mariana Szklo-Coxe, del departamento de ciencias de la salud, de la Universidad de Wisconsin (EE.UU.) y publicado en el año 2007 en el "Journal Sleep Research", relaciona de forma exploratoria, la depresión, como estado de deterioro psíquico, en sujetos con trastornos del sueño, tales como la PS, las alucinaciones Hipnagógicas e Hipnopómpicas y cataplejía.

Se parte de la hipótesis de que la depresión es mayor en las personas que experimentan PS y otros trastornos asociados al sueño REM. El estudio entonces, examina a través de diferentes instrumentos, variables como la depresión (Zung Self-Rating Depression Scale), la ansiedad (Spielberger Estado Inventario de Ansiedad) y los trastornos del sueño (cuestionario de auto-reporte), en una población de 866 participantes estadounidenses de entre 30 y 60 años. Se asocia la depresión y la ansiedad con estados de deterioro psíquico. El insomnio y la somnolencia, se toman como potenciales mediadores y por ende también fueron manejados como variables en el estudio. Los datos descriptivos del sueño, se obtuvieron a través de estudios polisomnográficos nocturnos.

Entre los resultados, la depresión más grave se asoció de forma consistente con la PS, persistiendo en sujetos con antidepresivos, somnolencia diurna e insomnio. Esta relación se hizo más fuerte al agregar la variable ansiedad y excluyendo los antidepresivos. Se demuestra la preponderante presencia de trastornos depresivos en sujetos con PS (en comparación con otras afecciones del sueño) y un vínculo entre en el trastorno bipolar y la PS. Son expuestos casos de depresión reactiva a raíz de PS, en su forma aislada y familiar.

En conclusión, el estudio abre un camino de asociación entre los trastornos del sueño y la depresión; especialmente presente en la PS. A su vez, propone a la comunidad de la salud en general, el trabajo en ambas áreas para potenciar la detección y el tratamiento de ambos trastornos, teniendo en cuenta variables independientes pero determinantes, como la ansiedad y el consumo de antidepresivos.

3f. Análisis cualitativo: Percepción y subjetividad durante la PS

Hasta el momento, analizamos la PS desde su etiología, prevalencia y factores asociados a su diagnóstico, así como también su incidencia en la población y en la comunidad científica. En el actual apartado, es necesario encarar el fenómeno, específicamente desde la psicología, teniendo en cuenta los atributos aportados por las demás ramas científicas.

El profesor Allan Cheyne (2007), del departamento de psicología de la Universidad de Waterloo (Canada), se interesa particularmente por el sentimiento de presencia que aflora en las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas asociadas a la PS. Es así, que en base a sus investigaciones, concentra un análisis cualitativo, que describen la vivencia a nivel sensorial y emocional el sujeto que experimenta PS.

El autor enfatiza en que las experiencias alucinoides, corresponden a tres factores extraídos de análisis factoriales exploratorios y confirmatorios (Cheyne et. al., 1999).

1) *Intruso*: Presencia y temor, alucinaciones visuales y auditivas. Sensación de presencia.

2) *Incubos*: Sensación de presión en alguna parte del cuerpo, mayoritariamente en el pecho (sensaciones de sofocación y ahogo), dolor e ideaciones de muerte. El nombre proviene de relatos antiguos y fantásticos sobre una criatura que se posaba sobre el pecho del sujeto.

3) *Experiencia de movimiento ilusorio*: Sensaciones de volar, flotar, caer y experiencias fuera del cuerpo. Factor menos relacionado con los anteriores.

El análisis cualitativo, se basa en un estudio producto de entrevistas, realizadas a 2,715 estudiantes iniciales de psicología, de los cuales 771 (28,4%) reportaron casos de PS, con una edad media de 19 años. Los resultados mostraron en general 6 experiencias típicas:

1) *Sensación de presencia*: Es el rasgo más típico de la PS y por lo general, ni siquiera se corrobora sensorialmente de forma total. Es la sensación de que algo está dentro de la casa, la presencia parece estar en el límite de la visión, detrás o simplemente a un lado. Pueden distinguirse figuras negras moviéndose y acercándose. La mitad de los encuestados reportan que la presencia los observa y no son capaces de especificar cómo lo saben. Se debe tener en cuenta que el sujeto no puede mover la cabeza para intentar ubicarla.

2) *Presencia amenazante*: Más del 60% de los sujetos, perciben la presencia como amenazante, como si quisiere infringirles algún daño, matarlos o poseer su alma. El

sentimiento de peligro y la incapacidad de reaccionar hace que la mayoría de los parecientes, describan dicha sensación como el terror más intenso experimentado. Según Rueffer y Cheyne (2001), es un miedo tan intenso por percibirse como la muerte misma.

3) *Alucinaciones visuales*: Son bastante inconsistentes y su forma varía desde una detallada imaginería hasta una pseudo-alucinación, caracterizadas por la carencia de sustancialidad de estímulos externos o al estar en un plano subjetivo interno, como la imaginación (Bentall, 1990; Reed, 1988). Un tercio reporta imágenes vagas e indefinidas, otros ven figuras menos aterradoras como personas allegadas.

Unos pocos identifican figuras claras y estereotipadas, como calaveras, la muerte, extraterrestres o monstruos. Más de un tercio, identifica figuras humanoides vestidas de negro o blanco, interpretados como emisarios de la muerte.

4) *Alucinaciones auditivas*: Los sonidos percibidos son externos, siendo muchos de ellos elementales (zumbidos, ruidos, rumores, siseos, campanadas, rugidos, correteos, chillidos, rechinadas, vibraciones, gimoteos, y silbidos). Otros se identifican por ser sonidos producidos por artefactos, como teléfonos sonando, sirenas, aspiradoras, herramientas, motores eléctricos, golpe de puertas y vidrios rompiéndose. Son muy difíciles de identificar por su intensidad, muchos pacientes lo describen como el sonido de una radio mal sintonizada. También es posible distinguir sonidos de la naturaleza como viento u olas rompiendo.

Un 36% de los sujetos, describen voces humanas, Symons (1995) distingue la imaginería auditiva alucinatoria y la no alucinatoria, diciendo que por lo general en los sueños comunes, los diálogos se producen como un dialogo interior en el cual la otra persona rara vez tiene palabra. En cambio, en la PS las voces son percibidas como sonidos externos con significado difuso.

5) *Alucinaciones táctiles*: Asociadas con la experiencia del intruso, en el 34% de los casos se describe como un proceder externo, vinculado con la inmovilidad (sensación de ser tomado por las extremidades).

6) *Dificultades respiratorias*: Sensación de presión en el pecho, estrechez en el cuello y sofocación. El autor expone que las mismas se generan como consecuencia de la parálisis de los músculos voluntarios. La respiración superficial automática sigue funcionando, pero cuando el sujeto intenta sin éxito, respirar voluntariamente, se ve inmerso en un estado de pánico y sofocación, por la posible muerte.

En conclusión, según Cheyne (2007): "la sensación de presencia es el componente experiencial de un mecanismo de detección de amenaza que permite

encontrar e identificar la fuentes de la amenaza". El autor describe la relación potencial con mecanismos de respuesta iniciales subyacentes a la amenaza de depredación, ya que la presencia se describe como un acecho parecido al de un predador con su presa. Los participantes, sienten un miedo tan intenso que hasta les es dificultoso expresar en profundidad dichas experiencias. Para Ratner (1975), las mismas imitan respuestas de depredación asociadas a la inmovilidad tónica, un estado de parálisis acompañado de miedo e hipervigilancia. Chayne (2007) agrega al respecto:

> La hipótesis de nuestra investigación es que la sensación de presencia y las alucinaciones relacionadas ocurren en estados de hipervigilancia extrema, estados defensivos ocasionados por activación paroxística de varios centros en el sistema límbico, fundamentalmente la amígdala, la sustancia gris periacueductal, el cíngulo anterior, y el núcleo basal de Meynert en la substancia innominata.

En dicho estado se produce una extrema alerta donde los acontecimientos exteriores se perciben como peligrosos, en la PS el miedo se percibe como numinoso y se asemeja a experiencias extremas de muerte dada la incapacidad de solicitar ayuda o reaccionar.

Las alucinaciones auditivas básicas están asociadas a la respuesta azarosa de los centros auditivos. Así mismo, los cuchicheos, charlas y exclamaciones directamente asociadas a la presencia, son análogas a las alucinaciones esquizofrénicas clásicas, las cuales según Bentall (2000), son la transformación de los propios pensamientos en voces. Dichas alucinaciones pueden darse por una pérdida del control del discurso interno, los significados se fragmentan y disipan. Las voces audibles explícitas tienen un origen más periférico y se asocian con la activación del oído interno y los ruidos inespecíficos del entorno que se malinterpretan. La concreción y pérdida de sentido, son rasgos de las alucinaciones auditivas durante la PS que se asemejan a las esquizofrénicas.

Respecto al terror experimentado en la PS, Fukuda (2005) expone: "el complejo amigdalino, que se sabe que es crucial para el procesamiento de estímulos biológicamente relevantes, particularmente de señalización miedo, se ha descubierto recientemente que es más activo durante el sueño REM"[5]. El autor plantea que la activación de este sistema durante la PS proboca que las emociones desencadenadas vayan en dirección negativa.

Fukuda (2005), explica que la ansiedad que se genera en la PS, es un síntoma secundario basado en el reconocimiento subjetivo de la persona en dicha situación. Pero ¿Por qué la emoción primaria en la PS es tan negativa?

[5] Traducción personal.

Basándose en los síntomas y alucinaciones descritas por Cheyne (año) en la PS, Fukuda (2005), expone que la activación de la amígdala, que se reconoce como habitual en el sueño REM, genera la sensación de "intruso" a través de la producción de un estado de hipervigilancia, los umbrales de detección bajan y cualquier sombra u objeto es percibido como amenazante. Por lo tanto, el autor propone que las características subjetivas de la PS, como las alucinaciones o sensaciones de flotar, son propias de procesos fisiológicos innatos. Fukuda (2005) explica:

> El complejo amigdaloide recibe todas las sensaciones directa o indirectamente de otras regiones del cerebro, a continuación, los integra, y da salida a la información procesada en el hipotálamo y la parte inferior del tronco del encéfalo. A través de estos procesos, el complejo amigdaloide da una valencia biológicamente significativa a los estímulos, en otras palabras, es una estructura fundamental para procesamiento de estímulos biológicamente relevantes, en particular los que dan señal de miedo.[6]

Para Symons (1995), evolutivamente es esencial que los sueños no tengan la consistencia de la realidad, de lo contrario los estímulos externos no nos despertarían. Las entradas sensoriales, son un mecanismo que nos permite distinguir entre la realidad y la fantasía onírica y por ende proteger nuestra percepción externa e interna. En la PS, la intensidad de las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, no interfieren con la información y efectividad de las entradas sensoriales, ya que cualquier estímulo exterior puede interceptar el estado de parálisis.

Cheyne (2007), sostiene que la intensidad del episodio también está relacionada con el mundo interno del sujeto. Si el mismo usufructúa de mucha imaginación para recrear escenas terroríficas, el miedo puede ir escalando, ya que durante la hipervigilancia generada por el sistema amigdalino, la imaginería y el afecto se regeneran recíprocamente como respuesta del sistema límbico.

Algunos sujetos reportaron la evolución de la experiencia hacia sensaciones de distensión disfrutables. Estos sujetos, generalmente tienen en común la práctica de la meditación. Cheyne (2007) propone como hipótesis, que una vez disipado el miedo, la experiencia podría desembocar en otro tipo de sensaciones neutras o gratas, aunque es necesario confirmarlo mediante la investigación.

El miedo mayor, se produce en las sensaciones de incubus (presión en el pecho y sensación de ahogo), ya que se percibe como una clara posibilidad de muerte inminente asociada a un poder desconocido. El autor dimensiona el grado de espiritualidad que presenta el fenómeno y su relación con desafíos biológicos primordiales. Aunque la

[6] Traducción personal

espiritualidad no tenga sus raíces en el funcionamiento intelectual del cerebro, da cuenta de la debilidad y permeabilidad de nuestros selfs corporales.

4. Abordaje psicológico

4a. Estudios de casos: Cultura y tratamiento

Dejong (2005) estudia en Holanda, casos de PS en inmigrantes. Tiene en cuenta el ensamblaje subjetivo creado por los pacientes respecto a la PS, el cual subyace del trasfondo cultural influido por las creencias populares y religiosas de sus países natales.

Uno de los relatos, llama particularmente la atención. Mohammed (35 años de edad), procedente de Marruecos, describe sus ataques de PS, en terapia y durante la terapia, el autor los entrelaza con su historia de vida. El sujeto sufrió la muerte de sus familiares más cercanos de niño, asimismo, por la situación política de su país, de joven fue torturado, apresado y muchos de sus amigos murieron, razón por la que escapó a Holanda. A pesar de ser un hombre descrito como alegre por sus allegados, Mohammed siempre había tenido una fobia cardiaca, fruto de las pérdidas tempranas. La situación en su juventud lo marcó de tal manera, que cuando llegó a Holanda, fue diagnosticado con un trastorno de depresión con características melancólicas y duelo complejo.

Describe sus ataques de PS, como episodios donde no sabe si está dormido o despierto y una anciana desalineada intenta matarlo. Se dan durante períodos bastante regulares y la sensación que deja en el sujeto, agrava todos sus demás síntomas. Dejong (2005) expone acerca de su paciente:

> Mohammed cree en el “ataque bruja”, que es el resultado de la brujería (Zhor) por una mujer, posiblemente una tía con quien no se llevaba bien. Espíritus (jnun) también podrían haber sido la causa de su problema. Colocar un cuchillo plegable y un poco de sal debajo de la almohada, para que el jnun tome distancia, no funcionó; los ataques persistieron.[7]

Según el autor, un tercio de los marroquíes inmigrantes a los que atiende, sufren de PS, conocida popularmente en Marruecos como *boratat*[8] y por lo general son un augurio de muerte inminente. El tratamiento utilizado con Mohammed consistió en una terapia para la pena, dirigida a sus sentimientos de culpa sobreviviente, los cuales fue liberando a través de las sesiones. También, se le explicó las características de la PS al paciente, luego de que Mohammed tomo conciencia de la naturaleza benigna, de los ataques, ya no tuvo miedo y pudo ejercer cierto control sobre los mismos. El tratamiento también se apoyó en antidepresivos.

---

[7] Traducción personal.
[8] Alguien que ejerce presión sobre el sujeto.

Podemos concluir en que la PS se puede encontrar inmersa en un cuadro mucho más complejo, donde sus factores de riesgo están asociados a otros trastornos. En este caso, el paciente además de entender la naturaleza científica de la PS y tomar distancia psicológica del hecho, también necesito de una terapia que lo ayudará a procesar distintos duelos. El control de los ataques, facilitó la forma de enfrentar la resolución de sus duelos. Éste y otros casos descriptos por el autor, demuestran la pluricausalidad del trastorno de PS, siendo inminente la necesidad de un trabajo interdisciplinario para la comprensión del trastorno y la aplicación de un tratamiento.

4b. Intervención directa: terapia Meditación - Relajación (MR para PS)

Dada la reciente exploración de la PS, pocos han sido los autores que se atreven a formular un tratamiento psicológico concreto. Baland Jalal, del Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Cambridge (Reino Unido), propone en su artículo “How to Make the Ghosts in my Bedroom Disappear? Focused-Attention Meditation Combined with Muscle Relaxation (MR Therapy) - A Direct Treatment Intervention for Sleep Paralysis”, del año 2016, una intervención directa de la PS.

Jalal (2016), argumenta que el aumento recíproco de miedo, excitación y ansiedad, vinculados con la angustia que se produce en la PS, genera un bucle de retroalimentación positiva, que agrava el ataque, el contenido de las alucinaciones y deriva en un aumento de los episodios de PS.

El tratamiento propuesto se denomina como: meditación - relajación (MR para PS) y se basa en 4 puntos fundamentales: 1) reevaluación del significado del ataque, 2) distanciamiento psicológico y emocional, 3) meditación y atención introspectiva enfocada; y 4) Relajación muscular. Respecto a los cuatro puntos, Jalal (2016) explica: “La intervención promueve el cambio atencional lejos de estímulos desagradables externos e internos (es decir, terribles alucinaciones y sensaciones de parálisis corporales) a un objeto interno emocionalmente agradable (por ejemplo, una memoria positiva).”[9]

Hasta el momento, existen intervenciones en poblaciones con PS, pero las mismas se limitan a la psicoeducación sobre el hecho y la explicación de su naturaleza y causa, con el fin de limitar el sesgo catastrófico que deja en el imaginario del padeciente. Jalal (2016) propone una intervención directa que se aplica en el momento mismo del ataque.

---

[9] Traducción personal.

Es necesario detallar el procedimiento de cada etapa de la terapia MR, para comprenderla de forma integral.

1) *Reevaluación del significado del ataque*: Tomar conciencia de la naturaleza benigna y temporal del ataque (no hay muerte ni parálisis permanente). También del significado de las alucinaciones, estrechamente relacionado con las producciones oníricas durante el sueño REM. Esto sirve para darle un nuevo sentido a los episodios y es un paso crucial para lograr la relajación, cerrar los ojos y mantener la calma.

2) *Distanciamiento psicológico y emocional*: El sujeto debe comprender que la preocupación y el miedo solamente empeorarán y prolongan los episodios. También entender que no es un evento paranormal, sino que es una respuesta de su cuerpo y está estrechamente vinculado con la imaginación, el sueño REM y los pensamientos.

3) *Meditación, atención fijada hacia adentro*: La meditación es la disciplina crucial a desarrollar para obtener un buen resultado. El sujeto debe fijar la atención en su interior y concentrarse en un estímulo positivo, con el que esté emocionalmente comprometido. Puede ser un recuerdo, una persona, una canción o una oración religiosa. Paralelamente, las alucinaciones deben ser ignoradas para no perder el foco. Se recomienda realizar este paso con ojos cerrados, para poder interiorizarse sin que la atención sea capturada por las alucinaciones. En resumen, el sujeto debe relajarse y ser consciente para elegir alimentar los miedos o las impresiones positivas.

4) *Relajación muscular*: Los síntomas físicos tales como la parálisis motora o imposibilidad de manejar la respiración voluntariamente, deben ser aceptados y no hacer ningún esfuerzo por interrumpirlos, ya que esto puede desestabilizar el proceso de enfoque interno. Es necesario mantener la calma y relajarse.

El tratamiento requiere práctica, incluso en situaciones normales sin PS, el sujeto puede imitar la posición supina y simular un ataque para repasar los pasos. Dada la naturaleza abrumadora del acontecimiento, la práctica prepara al sujeto bajo niveles inferiores de stress y terror, potenciando la atención y el tratamiento, que predispone al sujeto a responder recreando imágenes positivas ante un estímulo amenazante.

Según Jalal (2016), las poblaciones más propensas a estos ataques, sufren trastornos de ansiedad, de pánico, de ansiedad social y postraumático; siendo el sueño perturbado una característica común. Se resalta la necesidad de la práctica de la meditación a largo plazo ya que según Mason et al (1997) los sujetos con el hábito de meditar pasan más tiempo en el sueño de onda lenta (NREM).

Entre los beneficios del tratamiento, el autor destaca la reevaluación y el distanciamiento cognitivo, como factores determinantes para la disminución de la activación amigdalina. A su vez, el correcto desarrollo de cada etapa, potencia el alcance de las demás, logrando que la atención dirigida y la meditación sean más efectivas. Como resultado, alejar al sujeto de los estímulos amenazantes y lograr un estado relajado del dominio parasimpático, potencia la somnolencia y la actividad cerebral alfa. Por otro lado, evitar los movimientos bruscos y desesperados, reduce los síntomas somáticos (presión torácica y espasmos musculares) y previene las alucinaciones producidas por la alteración de la imagen corporal. Según Ramachandran (2014) la desincronización entre las extremidades y el motor de ejecución, alteran el procesamiento multisensorial del cuerpo y por ende la auto-percepción, provocando sensaciones de flotar o experiencias fuera del cuerpo, así como también imágenes sombrías.

El autor expone dos casos de pacientes que probaron el tratamiento, siéndoles fructífero. En uno de ellos, se comprobó a través de varios test, que también bajaron los síntomas de ansiedad, preocupación patológica y estrés postraumático.

Las alucinaciones, son fruto de un proceso complejo y multicausal, donde la percepción se ve alterada y los mecanismos del sistema límbico reaccionan recíprocamente, ocasionando una retroalimentación que puede cronificar los ataques y tornarlos más violentos. Este tratamiento se define como cognitivo conductual, ya que incita al sujeto a modificar su conducta y evadir el mencionado espiral. El tratamiento no es una receta y su cualidad psicológica recae en el trabajo sobre aspectos comportamentales y de la personalidad, como la capacidad de concentración y simbolización.

Se plantea que a través de la meditación, hay quienes reportan experiencias placenteras fuera del cuerpo y sueños lúcidos reconfortantes. Existe entonces la posibilidad de manipular el contenido de la alucinación, lo que a priori tiene un fin terapéutico a la hora de revertir las sensaciones asociadas a los ataques. Es un campo que requiere de mucha más investigación.

En concordancia con el autor, entiendo como fundamental la toma de conciencia acerca de la naturaleza del suceso y además. El autor expone que las oraciones religiosas a la hora de enfocarse, sirven para alejarse de las alucinaciones, por ser análogas a otros objetos de fijación durante la meditación. En lo que refiere a la concentración y el poder enfocarse en un estímulo positivo, no importa el origen del mismo mientas sea propio del individuo y su sistema de creencias; y no así impuesto por

el terapeuta. La debilidad y necesidad del sujeto no son justificación para imponer un sistema de creencias y promover determinada cosmovisión.

4c. Entre las neurociencias y el psicoanálisis: vivencias anómalas y simbolización

El tema es abordado por una investigación cualitativa, realizada por Thomas Rabeyron (2015), del departamento de psicología de la Universidad de Nantes (Francia). En la misma se plantea la posibilidad que otorga el avance de las neurociencias contemporáneas, para ser complementadas por teorías psicológicas, como el psicoanálisis. El abordaje en común, permite explorar y explicar hechos como las experiencias anómalas o alucinaciones, que según el autor, son mucho más comunes entre la población y por lo general se asocian a experiencias paranormales.

Se estudia el vínculo de las experiencias anómalas con procesos alucinatorios, como reacción a eventos negativos de la vida. Según el autor, la mayoría toman forma de alucinaciones no patológicas, siendo necesario el estudio de los aspectos traumáticos, la hipersensibilidad y la permeabilidad psíquica. Las neurociencias permiten la comprensión de los procesos neurológicos asociados, mientras que el psicoanálisis se encarga de la comprensión desde un punto de vista subjetivo.

Las experiencias anómalas son consideradas como desviaciones con respecto a experiencias comunes y cotidianas, en el modelo de realidad en el que se desarrolla el sujeto y su entorno socio-cultural. Basándose en un estudio propio anterior, el autor cita un total de diez experiencias anómalas, que generalmente provocan emociones fuertes e intensas. Pueden ser negativas o positivas y no pueden ser reducidas en meros eventos patológicos. Muchas de estas experiencias, se experimentan durante la PS: 1) interacción inusual perceptiva con el medio, 2) visión y aparición de una presencia inusual y cuasi-alucinatoria, 3) experiencias fuera del cuerpo, 4) experiencias cercanas a la muerte, 5) comunicación con difuntos, 6) experiencias místicas y 7) secuestros de extraterrestres. Mientras que la psicología anómala trata de explicar estas experiencias, la clínica intenta desarrollar modelos terapéuticos, como la psicoterapia.

El autor cuestiona cómo los médicos pueden hacer frente a experiencias que no encajan con el modelo de realidad propio y del paciente. Afirma su posición en una investigación llevada a cabo por Corbeau en 2004, en la cual, de una población de 640 profesionales de la salud, la mitad expusieron haber atendido pacientes con situaciones anómalas y cuatro de cada cinco, carecían de la información pertinente para abordar el tema.

La mayoría de los sujetos con estas experiencias, evitan consultar a un profesional para permanecer fuera del circuito psiquiátrico. La interpretación de estas experiencias queda ligada a las creencias asociadas del sujeto, ignorando la causa interna del mismo.

En base a diferentes investigaciones, se da cuenta de que las experiencias anómalas son mucho más comunes en la población, sin una concomitante afección mental. Para las neurociencias, las alucinaciones son fruto de una clasificación errónea por parte del cerebro, ante una percepción interna o externa, que deriva en una alteración del juicio de la realidad. La hiperactividad del estado de reposo, podría llevar al sujeto a percibir de forma externalizada su experiencia interna, así como la hiperactividad de las áreas perceptivas, provocar una disminución de la función superior y por ende un fallo de la realidad. Las alucinaciones, funcionan entonces como un retiro psíquico del mundo, para evitar la ansiedad, por ejemplo.

Las condiciones ambientales y emocionales también favorecen de forma positiva o negativa los procesos alucinatorios. Desde el punto de vista dinámico, dichos procesos serían fruto de una mala integración de las experiencias emocionales. El sujeto tiende así, a externalizar los pensamientos e ideas que no encajan con su sistema de creencias y representaciones, para evitar el derrumbe de la psique. Entonces, las emociones negativas se proyectarán, articulandose con procesos alucinatorios, desde una perspectiva cognitiva, reforzada en la teoría por el psicoanálisis y la identificación proyectiva como mecanismo de defensa. Estos procesos pueden estar basados en estructuraciones primarias, el autor hace referencia a Bion (1962), quien clasifica las primeras construcciones mentales como elementos Beta que al no ser contenidos por la madre, desencadenan la producción de objetos extraños por parte del sujeto.

Se exponen diversos casos clínicos de pacientes como ejemplo. En uno de ellos, la paciente informa la presencia de un niño que aparece cuando está por dormir y ruidos en la casa, Rabeyron (2015) expone que su paciente no se presenta delirante a la hora de plantear lo que le ocurre y dudando de la veracidad de sus propias experiencias. Los intercambios sobre su ansiedad y sus duelos en la terapia, favorecieron un proceso de simbolización ya que se estableció un paralelismo entre lo que le ocurría y su funcionamiento psicológico. Las alucinaciones pueden aparecer en sujetos con un fenotipo psicótico, sin tener que padecer de un trastorno psicótico. Respecto a su paciente, Rabeyron (2015) expone:

> …sus interpretaciones en términos de "espíritus" provienen de las asociaciones durante la sesión y se pueden considerar como creencias sin ser un sistema delirante firme, en comparación con lo que se encuentra por lo general con un paciente psicótico delirante.[10]

[10] Traducción personal.

Los episodios de PS, suelen aparecer luego de experiencias negativas que conforman el trauma, la experiencia anómala podría ser parte de una estrategia de afrontamiento, de la cual el paciente no es consciente. Tienen gran influencia cultural y muchas veces, con tal de evitar el sistema psiquiátrico, los pacientes terminan acudiendo a terapias alternativas como curanderos o caza fantasmas. Es en definitiva, una forma evitar tomar conciencia de su funcionamiento interno.

Tomando la experiencia puntual de PS, se afirma que muchas veces la información respecto a la naturaleza del trastorno es suficiente para acallar los síntomas. En otros casos, la naturaleza de los factores asociados, derivan en episodio más violentos, produciéndose estrés postraumático o síntomas psicosomáticos, que requieran de una terapia más profunda.

Desde la perspectiva del modelo estructural desarrollado por Lacan en 1932, los episodios de abducción o secuestro, corresponden a una estructura neurótica. La fantasía de ser abducido se desarrollaría en el plano de una escena de seducción, donde el padeciente se convierte en sujeto de deseo del otro. Respecto a la estructura psicótica, desde el punto de vista lacaniano (dándole continuidad las concepciones freudianas del retorno de lo reprimido), lo que se ve directamente afectado es el proceso de simbolización. Cuando un significante fundamental no está registrado en el universo simbólico del sujeto, se produce un agujero en el proceso de simbolización y un colapso de la cadena significante. De este modo elementos psíquicos son excluidos del orden simbólico y retornan en "lo real" alucinatorio del sujeto, donde el delirio tendrá como objetivo rellenar el hueco en el orden de lo simbólico.

> Lacan propone ser el "escriba" o el "secretario de la locura" (le secrétaire de l'Aliene) con el fin de ayudarle a limitar su goce . Es necesario estar en la posición de un "testigo" con el fin de ayudar al paciente a tener sentido de su historia sin interpretar lo que dice. (Rabeyron, 2015)[11]

Entonces, puede haber pacientes con estructuras neuróticas e histéricas que manifiestan alucinaciones generalmente vinculadas a la psicosis, como las alucinaciones durante la PS. Las investigaciones indican una mayor prevalencia de traumas en la infancia, entre quienes tienen personalidades muy propensas a la fantasía, lo que en la edad adulta, puede llevar a estados alterados de conciencia.

La PS produce un estado alterado de conciencia, al que pueden ser más propensos niños que mediante mecanismos de defensa como la proyección, se refugiaron en la fantasía para darle un significado aceptable a la situación. Estos episodios pueden verse reflejados en la PS, por lo que dependiendo del grado del trauma, además de un

[11] Traducción personal.

tratamiento comportamental, será primordial un tratamiento psicoanalítico y dirigir un correcto proceso de simbolización.

En el análisis de estas experiencias, también son reconocidos otros conceptos. La permeabilidad psíquica y la hipersensibilidad, según algunos autores, implican una línea más delgada y permeable entre el inconsciente y la conciencia, que impacta en la auto-representación, el pensamiento y las conexiones con los demás. Por ende, esta característica, engendra interacciones inexplicables con el medio, aumenta la permeabilidad de los procesos primarios e implica una forma diferente de vivenciar los sentimientos, que se presentan como empáticos e intuitivos. Los individuos con estas características son más propensos a verse inundados por situaciones ajenas, al punto de sentir en su propio ser, el sufrimiento del otro. Esto se conoce como la capacidad del inconsciente de reproducir estados emocionales ajenos. Dicha teoría está confirmada por la neurociencia, en la hiperactivación de determinadas neuronas, como las espejo, permite imitar el estado emocional de otras personas para desarrollar un sentimiento de empatía.

Esta función, podría desembocar en las llamadas patologías de empatía, las cuales se asocian con un fuerte dolor en la infancia. Escenas alucinatorias como las que se producen en la PS, podrían estar cargadas por la hipersintonía con el medio y daría cuenta de una frágil base de la psique. Según las obras de Winnicott (año), dicha base psíquica se ensambla en las relaciones más primarias y primordiales entre la madre y el niño, que por sí solo, es incapaz de integrar las experiencias afectivas. Esto también da cuenta de un self con dificultades integrativas y en la fijación de los propios límites.

Son características importantes y deben tenerse cuenta a la hora de enfrentarse con un paciente con PS, ya que puede ser el reflejo de una capacidad de adaptación diferente y saludable, con un concomitante aumento de la expresividad. La permeabilidad psíquica tiene grados diferentes en base a la configuración traumática inicial, la cual demuestra en muchas ocasiones un sufrimiento narcisista. Según Hurd (2010):

> Tomados en conjunto, lo que todos los enfermos de PS tienen en común es una mayor capacidad para ser tocados por el mundo, para experimentar la vida y todo su dolor, así como su belleza. Esta vulnerabilidad es una espada de doble filo, que apunta hacia la creatividad, así como una mayor angustia.[12]

Respecto a los proceso de simbolización, haciendo énfasis en el modelo estructural lacaniano, el autor propone que hay una diferencia en la naturaleza de estos acontecimientos dependiendo de la estructura subyacente del sujeto, sea neurótica o psicótica. Apoyándose en el estudio realizado por Evrard en 2014, asegura que cuatro de

---

[12] Traducción personal.

cada cinco personas que consultan estos episodios, tienen estructuras neuróticas subyacentes. Los modelos más contemporáneos de simbolización, descritos en la “metapsicología de los procesos” de Roussillon (2001), basados en las obras de Bion, complementan el enfoque lacaniano al proponer una permeabilidad de los procesos psicológicos entre la neurosis y la psicosis, haciendo hincapié en el sufrimiento narcisista y la identidad propia.

Este enfoque toma relevancia a la hora de percibir los relatos de PS y entender los procesos de elaboración simbólica del sujeto. Se diferencian entonces, dos procesos de simbolización; primarios y secundarios. Según Rabeyron (2015): “el primer nivel de transformación (simbolización primaria) se refiere a las experiencias no verbales esencialmente, mientras que el segundo nivel de transformación (simbolización secundaria) detiene sobre todo en la descripción verbal de experiencias subjetivas”. Por lo tanto, un déficit en la integración de la experiencia subjetiva de PS, dará lugar a múltiples formas y grados de expresión de sufrimiento, placer o deseo.

Los procesos alucinatorios, los estados de conciencia y la permeabilidad psíquica, son complementarios en el proceso de simbolización, luego de un episodio anómalo. Las experiencias anómalas producidas en la PS pueden ser un intento de la psique de explorar nuevas formas de soluciones psíquicas, pudiendo desbordar su capacidad de transformación y por ende tener consecuencias tanto positivas como negativas.

Desde las neurociencias, se estudia cómo el cerebro da lugar a la subjetividad mediante diferentes procesos. La subjetividad se forma mediante capas sucesivas de conciencia, producto del desarrollo progresivo de la conciencia primitiva a la orden de estados superiores de conciencia y asociación, vinculados estrechamente con el medio ambiente.

Por ende, los estados anómalos de conciencia, pueden estar asociados a estados de asociación primaria donde falta la distinción entre el “Yo”, el cuerpo y el medio ambiente. Estos procesos, se vislumbran ante la aparición de emociones abrumadoras para impedir el colapso de la psique. Un claro ejemplo, son las experiencias fuera del cuerpo durante la PS, que pueden ser interpretadas como una función protectora de retiro durante la situación de peligro. Desde otra perspectiva de las neurociencias, dichas experiencias se desarrollan tras una inhibición cognitiva y el aumento intercomunicacional entre las áreas de mayor asociación del cerebro y el sistema límbico.

Sin duda estas aclaraciones desde el punto de vista psicológico y especialmente psicoanalítico, son importantes al evaluar la intensidad de la PS y sobre todo el estigma que deja en el sujeto. Evaluar la estructura psíquica del mismo y sus procesos de

asociación y simbolización, es clave a la hora de acompañar una terapia comportamental. Que el sujeto encuentre un equilibrio interno dependerá también del trabajo asociativo en la terapia. Así, los sentimientos experimentados en la PS, no serán simplemente reprimidos y olvidados en la mente del sujeto, asociados a emociones negativas que le impiden un funcionamiento normal, sino que serán comprendidos e integrados por el sujeto, haciéndolo consciente de su propio funcionamiento.

Conclusiones:

1) Como aspecto a destacar, debemos definir la PS como fenómeno benigno sin consecuencias fisiológicas para el sujeto. Igualmente el no tratamiento de esta parasomnia, con su consecuente desgaste psicológico, ocasiona un malestar físico y puede desembocar en hábitos que provoquen complicaciones fisiológicas.

Por otro lado, no hay una medición exacta de la prevalencia del trastorno. La misma, difiere según distintos sectores de la sociedad, que están más expuestos a determinados factores predisponentes. Lo que sí podemos afirmar, es que es más común de lo que se cree en la población sana y que su faceta anómala, liga el fenómeno a explicaciones místicas y paranormales.

2) El trastorno no tiene como etiología ninguna otra enfermedad física o psiquiátrica. Se presenta con mucha más frecuencia en estudiantes universitarios y trabajadores nocturnos. La edad donde aparece por primera vez, se ubica principalmente en la adolescencia y luego de los 60 años. También, se presenta con gran frecuencia en la población psiquiátrica, desde las patologías más graves hasta quienes no precisan internación ni un tratamiento urgente. Mezclándose en los cuadros patológicos más complejos y trastornos de ansiedad o depresión leves.

Los principales factores predisponentes y/o causas asociadas se pueden dividir entre externas e internas, influyéndose recíprocamente.

2.a) Dentro de las causas internas, se identifican fallas a nivel microestructural y modificaciones en los umbrales de despertamiento asociados a picos PGO (que encienden la actividad asociativa de la corteza y dan inicio al sueño REM), presentes en la fase REM del sueño. Las producciones oníricas más lúcidas, infieren una conexión mucho más profunda entre las áreas asociativas de la corteza y el sistema límbico, siendo más probable la activación del sistema amigdalino. Concluyo entonces, que cuando un sujeto acumula sueño, a la hora de recuperarlo, se producen grandes períodos de sueño REM y los picos PGO que no pudieron manifestarse con anterioridad se desarrollan en

mayor densidad, generando producciones oníricas más lúcidas, más posibilidades de microdespertares y una mayor conexión con el sistema límbico. Desde mi punto de vista, estas son las condiciones internas para que se produzca un episodio de PS.

La interrelación de los picos PGO, el sueño REM y el sistema amigdalino, en circunstancias condicionadas por factores externos como el desgaste, refuerza la teoría que relaciona a la memoria y el sueño REM. Cuando el sueño se limita y no se satisface adecuadamente, la sobreacumulación de contenido a procesar, rompe la homeostasis funcional y produce las fallas microestructurales mencionadas.

2.b) Por otro lado, las causas externas, están vinculadas por lo general con una mala higiene del sueño, consumo de alcohol, café y otras bebidas que alteran el ritmo de sueño. También, situaciones que modifiquen la vida cotidiana del sujeto, como trabajo nocturno, estrés o jetlag, medicamentos vinculados con otras afecciones, situaciones angustiosas o traumáticas y ansiedad. Estos factores se vinculan entre sí de forma negativa o positiva, pudiendo cronificar los episodios.

3) Durante la PS, ante la parálisis motora, se activa mediante el sistema amigdalino, un sentido de hipervigilancia de rasgo evolutivo, que en conjunto con las alucinaciones hipnagógicas e hipnopómpicas, produce un aumento recíproco y negativo de miedo, terror e imaginería, dando cuenta de un estrecho vínculo entre el sueño REM, el sistema límbico y las creencias culturales del sujeto.

Los sujetos con traumas infantiles son más propensos a vivir en la fantasía y también están más predispuestos a presentar PS. Entonces, la forma, duración y gravedad de la PS, puede estar vinculada a situaciones de estrés puntual, pasajero y del contexto, como también con pesares psicológicos, traumas, duelos no resueltos y procesos de simbolización patológicos.

Considero oportuno exponer, algunos puntos que aportan a la comprensión de por qué la PS se presenta mayormente en la adolescencia. Es una etapa evolutiva donde se producen gran cantidad de cambios a nivel fisiológico en un período relativamente corto, lo que podría fomentar las desincronizaciones mencionadas con anterioridad. A su vez, se producen grandes cambios a nivel psicológico, ya que el sujeto comienza a forjar aspectos de su personalidad adulta y puede ser más propenso a presentar ansiedad dada la búsqueda de identidad en los grupos sociales. Además, la adolescencia es una etapa donde se producen duelos propios del camino a la adultez, que implica la resignificación de aspectos de la infancia, con sus correspondientes duelos, que pueden verse reflejados en la PS. La emocionalidad propia de la edad, así como la prueba de los límites del mundo, podría considerarse como un reflejo del self interno. Los hábitos irregulares del

sueño y la iniciación en el consumo de bebidas alcohólicas y/o energizantes, generan una predisposición mayor a la PS.

4) Dadas las condiciones mencionadas, podemos concluir en que el modelo de tratamiento, tiene como base una modificación comportamental de la higiene y los hábitos del sueño, así como también la información y toma de conciencia del paciente, sobre la naturaleza benigna del trastorno y las condiciones mediante las que se da. Luego, se propone la meditación enfocada y el distanciamiento psicológico (Jalal, 2016), que conforman la terapia MR. En la misma, el paciente además de modificar los hábitos del sueño y ser consciente del trastorno, toma el control durante los ataques, enfocándose en un estímulo interno positivo, lo que se logra a través de la práctica de la meditación.

Para el tratamiento se debe hacer una evaluación psicológica del paciente, ya que detrás de la PS y como resultado de la misma, puede haber traumas no resueltos, duelos y fallas a nivel de simbolización, por parte del sujeto. En ese caso, el tratamiento conductual, deberá estar respaldado por una terapia dinámica que incluya el psicoanálisis y que tenga en cuenta la permeabilidad psíquica, que da forma a las alucinaciones, siendo un reflejo de la fragilidad y limitación de los selfs internos. Es necesario que el terapeuta, acompañe los procesos de simbolización que se dan en la terapia, respecto a los ataques y al mundo interno del sujeto. Esto implica un camino de introspección y toma de conciencia del funcionamiento interno, proceso que el psicólogo no puede forzar, pero sí lograr a través de una asociación bien dirigida. En sujetos con gran nivel de fijación en la fantasía, es necesario analizar junto con el paciente, el goce que se percibe en sus relatos. Como indican varios autores, las alucinaciones presentes en la PS también pueden ser una muestra de un desarrollo espiritual elevado, en el cual la meditación, transforma la experiencia en relajante y fructífera a nivel emocional.

5) Perceptivamente, el contenido de la alucinación está profundamente relacionado con el sujeto y su entorno, las creencias y miedos, desde las más regresivas hasta las más elaboradas. Como expone Sylvia Montañés (2016), cada sociedad establece un sistema de creencias, de leyes, que incluyen lo dicho y lo no dicho; y en las cuales el sujeto se encuentra inscripto. Comprender el interjuego que se da en el imaginario colectivo, es crucial para entender el complejo entretejido, en el que se desarrolla la PS y sobre todo, el significado que tiene para el sujeto.

Las creencias programan al sujeto, quien crea en el diablo y las posesiones, lo reproducirá en la PS, quien se sobre interese por los extraterrestres, alucinara con ellos y podrá afirmar que tuvo una experiencia de abducción. Quien viva fijado a experiencias

traumáticas o en fobias y miedos no resueltos, los mismas se presentarán durante los ataques.

La literatura recolectada, expone una explicación científica, que atraviesa tanto el campo orgánico como el psíquico. Ante una amenaza imposible de diferenciar, dada la condición física, nuestro organismo reacciona a través del sistema límbico, con el terror; y dentro del espiral de retroalimentación que se genera, identifica la situación con nuestros más intensos miedos y traumas. Dicho sentido, se realza ante la sensación que deja en el sujeto, el trasfondo incierto de lo vivido, un evento aparentemente independiente a su conciencia e incontrolable. Se presenta como ajeno y externo a la conciencia, como los sueños durante la fase REM, que engañan nuestra percepción. Concretamente, para comprender la naturaleza de este trastorno, es indispensable desligarlo desde un comienzo de cualquier sentido místico y religioso, lo que no significa que no lo tenga para el sujeto. El sesgo que deja la experiencia, no puede concebirse nunca como ajeno al padeciente.

Como vimos en los ejemplos de casos, los pacientes por lo general se rehúsan a consultar a un médico ya que las alucinaciones están relacionadas a nivel social con la locura y por ende no quieren quedar inmersos en el sistema psiquiátrico. Las alucinaciones vividas durante la PS, tienen una gran influencia cultural, este aspecto es más fácil de ver y demostrar en sociedades con un fuerte vínculo con temas trascendentales y/o paranormales, como la muerte y los espíritus. Ejemplos de estas culturas son México y países africanos o de oriente, expuestos en los estudios de casos, donde se muestra más claramente esta conexión, a diferencia de los países occidentales, donde la moral lógica reprime dichas conexiones, lo que no significa que no existan, solamente están más tapadas.

No podemos pretender controlar de forma objetiva nuestras creencias y nuestra fe, las mismas se encuentran ligadas a los paradigmas de las sociedades y culturas a las que pertenecemos. Pero ser consciente de dichos procesos de subjetivación, es fundamental para nuestra comprensión como seres humanos, lo cual Carl G. Jung (1920) supo explicar en menos palabras: “who looks outside, dreams; who looks inside awakes” (quién mira afuera, sueña; quién mira adentro, despierta). La PS puede ser concebida como una falla a nivel fisiológico, yo la considero una puerta que nos ayuda a comprender el complejo entramado entre las creencias propias y compartidas, la realidad, lo reprimido, nuestros miedos, lo inconsciente, los sueños, los límites de nuestros selfs y por sobre todo la naturaleza humana.

Como exponen varios de los autores citados, los pacientes más propensos a desarrollar PS, tienen como característica de su personalidad, una permeabilidad psíquica que les otorga un estado de hipersensibilidad y conexión mayor con el medio y los demás. Esto los puede llevar a experimentar la mayor angustia (Szklo-Coxe, 2007), así como también una gran felicidad y paz (Hurd, 2010), razón por la cual también se ha vinculado la PS con la bipolaridad y trastornos de empatía.

Podemos decir entonces que dicho trastorno puede tomar formas polarizadas. Por un lado, el padeciente se ve inundado por los aspectos negativos del mundo. Puede retraerse y sobrecargarse con culpas y situaciones ajenas. En el otro, el paciente puede apreciar la belleza de la vida y el mundo. Desarrolla la creatividad y la expresividad, siendo la sensibilidad un medio, que potencia la espiritualidad. En el presente esquema, la parte fundamental, es la detección y el tratamiento de este trastorno, para el cual es totalmente necesario desligarlo de sus tabúes. Tenemos individuos con un gran potencial para ser felices y que por lo general se encuentran en etapas del desarrollo, donde están conformándose los pilares fundamentales de la personalidad. No pueden quedar amarrados a concepciones místicas y paranormales, que en muchas ocasiones trasmiten al padeciente el sentimiento de ser perseguido por entidades malignas, la muerte o la desgracia.

Consideraciones finales del autor

Todos los investigadores y autores citados, coinciden en que es fundamental seguir investigando el fenómeno de la PS, desde varias aristas. Personalmente adhiero a esta postura, ya que considero que la información y el conocimiento son el motor de un proceso ya iniciado por los autores citados, que se basa en quitar lo tabú de este fenómeno. A través de este proceso, los padecientes reportan cada vez más sus vivencias, lo que creo que puede aportar a que emerjan más casos familiares y podamos comprender mejor el fenómeno desde la genética y el condicionamiento ambiental. La ciencia gana terreno, sin ignorar la cultura y la espiritualidad del ser humano, intersección donde la psicología como disciplina tiene un gran papel que jugar.

Este trabajo apunta a ser la base teórica para una futura investigación en Uruguay sobre la prevalencia de la PS, sus factores asociados y las creencias culturales ligadas. Estoy convencido que puede aportar mucho a nuestro propio conocimiento y especialmente a que niños y adolescentes sean menos propensos a crecer con miedo, creencias paranormales y una personalidad que tienda a la depresión.

A lo largo de mi vida, este fenómeno me ha llamado mucho la atención. Me he cruzado con muchas personas a quienes les ocurre, más de las que imaginaba. Ni bien comento sobre mis estudios, preguntan y cuentan sus experiencias con gran ansiedad, como si las estuviesen vomitando, con la característica común de que no lo comentan con casi nadie y mucho menos con sus padres. Generalmente ingresan a internet para buscar información y tranquilizarse, al saber que no son los únicos. Pero las explicaciones de internet no son muy fiables y en su mayoría, no provienen de portales científicos. Por tanto, considero indispensable la divulgación en las redes, de un material audiovisual concreto, basado en el actual trabajo, como primer paso para “desenmascarar el fantasma”.

Agradecimientos:

Agradezco primero a mi familia, especialmente padres y hermanos. A mis amigos que me acompañaron y a todas aquellas personas allegadas que me confiaron los relatos de sus experiencias de parálisis.

Agradezco a la Facultad de Psicología UDELAR, por fomentar el espíritu crítico y el acceso a un modo de conocimiento libre y con conciencia social. Agradezco también, por ser el lugar donde pude investigar acerca de la parálisis del sueño, mi meta desde el primer momento en que ingrese a la institución. Agradezco también a todos los compañeros que fui cruzando en la carrera, profesores referentes y especialmente a mi tutora Sylvia Montañez, en quien pude confiar mi trabajo, mostrándose abierta y dirigiendo el proceso de una manera muy atenta, precisa y crítica.

Bibliografía:

Alberola López, S. (s.f.) Trastornos del sueño en el niño: identificación y herramientas para su manejo. Recuperado de http://www.spapex.org/sites/default/files/trastornos_suenyo.pdf

American Academy of Sleep Medicine (2005). The International Classification of Sleep Disorders, 2a. ed (ICSD-2)

American Psyquiatric Association. (1994). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 4a. ed. Barcelona: Masson

Arias-Carrión, O. (2009). Sistema hipocretinérgico y narcolepsia. Revista Médica de Chile 137(9), 1209-1216. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000900012

Baker, R.A. (1990). They Call it Hypnosis. Buffalo, NY: Prometheus.

Bentall, R.P. (1990), The illusion of reality, A review and integration of psychological research on hallucinations. Psychological Bulletin, 107, 82-95.

Breitner, H.C.; Etcoff N.L.; Whalen, P.J. (1996). Response and habituation of the human amygdala during visual processing facial expression. Neuron 1996; 17: 875–87.

Buela-Casal, G. y Navarro, J.F. (1990). Avances en la investigación del sueño y sus trastornos. Madrid: Siglo XXI.

Cheyne, A. (2007). Lo ominoso numinoso: la sensación de presencia y otras formas de experiencias anómalo/alucinatorias. E-Boletín Instituto de Psicología Paranormal 2(3) Recuperado de http://www.alipsi.com.ar/e-boletin/00e-boletin_psi_2_3_Setiembre_07.htm#tit03

Cheyne, J.A., Newby-Clark, I.R. & Rueffer, S.D. (1999), Sleep paralysis and associated hypnagogics and hypnopompic experiences. Journal of Sleep Research, 8, 313-317.

Cheyne, J.A., Rueffer, S.D. and Newby-Clark, I.R. (1999), Hipnagogic and hypnopompic hallucinations during sleep paralysis: Neurological and cultural construction of the nightmare. Consciousness and Cognition, 8, 319-37.

Cueva Núñez, J. (2012). Parálisis del Sueño. Synapsis, 3(2), 14-18. Recuperado de http://www.lamjol.info/index.php/SYNAP/article/view/507/480

Dahmen, N., Kasten, M. , Muller, M.J. y Mittag, K. (2002). La frecuencia y la dependencia de la postura del cuerpo de las alucinaciones y parálisis del sueño en una muestra comunitaria. Journal Sleep Reserch 11: 179 - 180.

Dahmen, N., Kasten, M., Müller, M. J. and Mittag, K. (2002), Frequency and dependence on body posture of hallucinations and sleep paralysis in a community sample. Journal of Sleep Research, 11: 179–180. doi: 10.1046/j.1365-2869.2002.00296.x

Dejong, J. M. (2005). Cultural variation in the clinical presentation of sleep paralysis. Transcultural Psychiatry 42(1), 78-92. doi:10.1177/1363461505050711

Denis, D., French, C. C., Rowe, R., Zavos, H. M. S., Nolan, P. M., Parsons, M. J. and Gregory, A. M. (2015). A twin and molecular genetics study of sleep paralysis and associated factors. Journal of Sleep Research, 24: 438–446. doi: 10.1111/jsr.12282

Fukuda, K. (2005). Emotions during sleep paralysis and dreaming. Sleep & Biological Rhythms, 3(3), 166-168. doi:10.1111/j.1479-8425.2005.00172.x

Hartmann, E. (1977). Funciones del Sueño Fisiológico. Barcelona: ed. Labor S.A

Hishikawa, Y. (1976). Sleep paralysis. In C. Guilleminault, W.C. Dement & P. Passouant (Eds.), Narcolepsy: Advances in Sleep Research, Vol 3. (pp. 97-124). New York, NY: Spectrum

Huamaní, Ch.; Reyes; Percy Mayta-Tristán; Timana, R; Salazar, A.; Sánchez, D. y Pérez,H. (2006). Calidad y parálisis del sueño en estudiantes de medicina – Anales de Facultad de Medicina 67(4), 339-344 Recuperado de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832006000400009&lng=pt&nrm=is&tlng=es

Hurd, R (2010). The sleep paralysis report. symptoms, causes, and how to treat it naturally. Recuperado de: http://dreamstudies.org/wp-content/uploads/2010/11/Sleep-Paralysis-Report-2010.pdf,

Hurd, R. (s.f.) The Sleep Paralysis Report. Recuperado de http://dreamstudies.org/wp-content/uploads/2010/11/Sleep-Paralysis-Report-2010.pdf

Islas Salinas,L.E.; Garcia Nac Naught; A.; Ito Suiyama, E.; Berenzon Gora,S.(2006) Los sueños en la práctica curativa de los médicos tradicionales totonacos – Gazeta de Antropología http://www.ugr.es/~pwlac/G22_09LizEstela_Islas_Salinas-etc.pdf

Jalal, B. (2016). How to Make the Ghosts in my Bedroom Disappear? Focused-Attention Meditation Combined with Muscle Relaxation (MR Therapy) - A Direct Treatment

Intervention for Sleep Paralysis. Frontiers In Psychology, 1-6. doi:10.3389/fpsyg.2016.00028

Jiménez-Genchi, A., Ávila-Rodríguez, V. M., Sánchez-Rojas, F., Vargas Terrez, B. E. & Nenclares-Portocarrero, A. (2009), Sleep paralysis in adolescents: The 'a dead body climbed on top of me' phenomenon in Mexico. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63: 546–549. doi: 10.1111/j.1440-1819.2009.01984.x

Luque, R. (2007). Alucinaciones: revisión histórica y clínica. Recuperado de: http://www.revistahospitalarias.org/info_2007/03_189_10.htm

Monteiro, M., Giucci, G. (2016). Desdoblamento do corpo no século XXI. Rio de Janeiro: ed. Caedes

Munévar, M.C.; Pérez, A.M. y Guzmán, E.(1995) Los sueños: su estudio científico desde una interdisciplinaria. Revista Latinoamericana de Psicología 27(1),41-58 Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/805/80527103.pdf

Parra, A. (2009). Experiencias alucinatorias nocturnas: relación con la esquizotipia, tendencias disociativas y propensidad a la fantasía – Interamerican Journal of Psychology 43(1) Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0034-96902009000100015&script=sci_arttext

Perrin, M. (1990). (Coord.). Antropología y experiencias del sueño.

Rabeyron, T., & Loose, T. (2015). Anomalous Experiences, Trauma, and Symbolization Processes at the Frontiers between Psychoanalysis and Cognitive Neurosciences. Frontiers In Psychology, 61-17. doi:10.3389/fpsyg.2015.01926

Santín, J.; Godoy, J. (1992). Diagnóstico diferencial de las hipersomnias. Cuadernos de Neurología 20. Recuperado de http://escuela.med.puc.cl/publ/Cuadernos/cuadernos_92/pub_05_92.html

Sharpless, B. (2011). Las tasas de prevalencia de por vida de la parálisis del sueño: una revisión sistemática, opiniones. Sleep Medicine 15 (5), 311

Symons, D. (1995). Tire stuff the dreams aren't made of: Wake-state and dream-state sensory experiences differ. Cognition, 47, 181-217.

Szklo-Coxe, M.; Young, T.; Finn, L. & Mignot, E. (2007), Depression: relationships to sleep paralysis and other sleep disturbances in a community sample. Journal of Sleep Research, 16: 297–312. doi: 10.1111/j.1365-2869.2007.00600.x

Takeuchi T., Miyasita A, Sasaki Y., Inugami M, Fukuda K. (1992). Isolated sleep paralysis elicited by sleep interruption. Sleep. 15 217-225.

Wing Y. K, Lee S. T, Chen C. N . (1994). Sleep paralysis in Chinese: ghost oppression phenomenon in Hong Kong. Sleep 17, 609-613.

Wing, Y.-K., Chiu, H., Leung, T. and Ng, J. (1999), Sleep paralysis in the elderly. Journal of Sleep Research, 8: 151–155. doi: 10.1046/j.1365-2869.1999.00143.x

Zivkovic, M. (2005). Sueños dentro-fuera: algunos usos del sueño en la teoría social y la investigación etnográfica. Revista de Antropología Social 139-171. Recuperado de http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=83801507